جامعة المنصورة
كلية الآداب
قسم علم النفس

النزعات الغريزية الجزئية والعلاج الجماعي لمرضى الاكتئاب المحرومين من الرعاية الأسرية

رسالة مقدمة من

الباحث / وليد محمد أحمد نجيب عمارة
المدرس المساعد بقسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة المنصورة

للحصول على درجة الدكتوراه في الآداب
تخصص : علم نفس

تحت إشراف

الأستاذ الدكتور
حسين محمد سعد الدين الحسيني
أستاذ ورئيس قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة المنصورة

٢٠٠١

جامعة المنصورة
كلية الآداب
قسم علم النفس

النزعات الغرزية الجزئية والعلاج الجماعى لمرضى الاكتئاب المحرومين من الرعاية الأسرية

رسالة مقدمة من

الباحث/ وليد محمد أحمد نجيب عمارة
المدرس المساعد بقسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة المنصورة

للحصول على درجة الدكتوراه فى الآداب
تخصص « علم نفس »

تحت إشراف

الأستاذ الدكتور
حسين محمد سعد الدين الحسينى
أستاذ ورئيس قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة المنصورة

٢٠٠١

جامعة المنصورة
كلية الآداب
قسم علم النفس

النزعات الغرزية الجزئية والعلاج الجماعى لمرضى الاكتئاب المحرومين من الرعاية الأسرية

رسالة مقدمة من

الباحث / وليد محمد أحمد نجيب عمارة
المدرس المساعد بقسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة المنصورة

للحصول على درجة الدكتوراه فى الآداب
تخصص ، علم نفس ،

تحت إشراف

الأستاذ الدكتور
حسين محمد سعد الدين الحسينى
أستاذ ورئيس قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة المنصورة

٢٠٠١

بسم الله الرحمن الرحيم

فَأَمَّا الْيَتِيمَ فَلَا تَقْهَرْ (٩) وَأَمَّا السَّائِلَ فَلَا تَنْهَرْ (١٠) وَأَمَّا بِنِعْمَةِ رَبِّكَ فَحَدِّثْ (١١)

صدق الله العظيم

سورة الضحى من الآية (٩) إلى (١١)

الإشراف

عنوان الرسالة : *النزعات الغرزية الجزئية والعلاج الجماعي لمرضى الاكتئاب المحرومين من الرعاية الأسرية .*

إسم الباحث : *وليد محمد أحمد نجيب عمارة*

الإشراف

م	الاسم	الوظيفة	التوقيع
١	أ. د . حسين محمد سعد الدين الحسيني	أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب - جامعة المنصورة	[توقيع]

وكيل الكلية لشئون الدراسات العليا والبحوث

قرار لجنة الحكم

عنوان الرسالة : *النزعات الفرزية الجزئية والعلاج الجماعي لمرضى الاكتئاب المحرومين من الرعاية الأسرية .*

إسم الباحث : *وليد محمد أحمد نجيب عمارة*

لجنة الحكم والمناقشة :

م	الاسم	الوظيفة
١	أ . د . فرج أحمد فرج	أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس سابقا . (رئيساً)
٢	أ. د . حسين محمد سعد الدين الحسيني	أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب جامعة المنصورة. (مشرفاً)
٣	أ . د . حسين عبد القادر محمد	أستاذ علم النفس غير المتفرغ بكلية الآداب جامعة الزقازيق. (عضواً)

تاريخ المناقشة : ٢ / ٤ / ٢٠٠١

قرار اللجنة : مرتبة الشرف الأولى مع التوصية بالطبع والتبادل بين الجامعات

توقيعات لجنة الحكم والمناقشة :

م	الاسم	التوقيع
١	أ . د . فرج أحمد فرج	فرج أحمد فرج
٢	أ. د . حسين محمد سعد الدين الحسيني	[illegible]
٣	أ . د . حسين عبد القادر محمد	[illegible]

يعتمد، عميد الكلية

أ. د. محمد عيسى الحريري .

إهداء

إلى من أوصانا الله ببرهما

والدي ووالدتي

إلى من كانوا لي دائما النور والأمل

أخي وأختي

إلى من ضحت من أجلي بالكثير

زوجتي

إلى أعز الناس ابني الحبيب

عمر

أهدي هذه الرسالة ...

شكر وتقدير

ليت كلمات الشكر والإمتنان أن تعبر لذوى الفضل على ماقدموه للباحث من نعم العطاء فى سبيل إنجاز هذا البحث .

وعرفاناً بالجميل ، وإنزالاً لكل ذى حقاً حقه لا أملك إلا أن أتقدم بأسمى معانى الشكر وعظيم التقدير إلي أستاذى العزيز الأستاذ الدكتور/ حسين محمد سعد الدين الحسينى أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب - جامعة المنصورة الذى طوّق عنقى بجميله فوسعنى قلبه ، وعلمه ، وكان لى نبع العطاء الذى لاينضب ، والمعّين الذى لايجف ، والرافد الذى لاينقطع . فهو نعم المعلم والأستاذ ، فله منى أعمق آيات العرفان والإمتنان .

وفى مقام الشكر والعرفان أتقدم بخالص آيات الشكر والإمتنان إلى أستاذ الجيل وعالمنا الجليل الأستاذ الدكتور/ فرج أحمد فرج أستاذ علم النفس بكلية الآداب - جامعة عين شمس ، صاحب المدرسة العلمية الراقية ، وواحد من رواد الدراسات النفسية فى مصر والعالم العربى حيث كانت دراساته نبراساً أضاء الطريق لىّ ولغيرى من الباحثين فنهلنا من فيض علمه ، إذ تعهد الباحث منذ أن كان نبته صغيرة في دراسته لمرحلة الليسانس وحتى الآن فجزاه الله عنى كل خير .

ولا يسعنى إلا أن أتقدم بخالص الشكر و وافر العرفان والامتنان إلى أستاذى العزيز الأستاذ الدكتور/ حسين عبد القادر محمد أستاذ علم النفس غير المتفرغ بكلية الآداب - جامعة الزقازيق ، رمز العطاء الدائم والنفع العميم ، فكان كعادته كريماً سخياً فى علمه وخلقه وعطائه الذى لاينضب، إذ منح الباحث منهجاً علمياً واعياً استطاع به أن يخط صفحات هذه دراسة ، ولولا توجيهاته وآرائه الجادة ، ما كان لهذا البحث أن يرى النور فله منى أسمى آيات الشكر والعرفان .

كما أتوجه بخالص الشكر والتقدير إلى الأستاذ الدكتور/ على إبراهيم أبوزيد رئيس قسم اللغة العربية وآدابها ، ووكيل الكلية لشئون الطلاب والتعليم لقيام سيادته بمراجعة الرسالة لغوياً ، فله مني أعمق آيات الشكر والعرفان .

وإعترافاً بالجميل لايفوتنى أن أوجه كلمة شكر وعرفان إلي والدى ووالدتى وأخوتى الذين لم يدخروا جهداً فى شد أزرى ، فكانت كلماتهم هى الدافع الأكبر لإنجاز هذا البحث فلهم مني جزيل الشكر والعرفان .

ولا أنسى في غمرة هذا الموقف أن أتقدم بخالص حبى وودى وتقديرى إلى من كانت من ورائى ، رفيقة دربى ، التى أثرتنى على نفسها ، ودفعتنى بطيب خلقها دفعاً إلى إكمال هذا المشوار الذى أخذنى منها كثيراً ، وأتمنى أن أستطيع يوماً أن أرد لها بعض ما أعطت ، وأوفيها جزاء ماقدمت فلها منى خالص مودتى وحبى وتقديرى .

كما لا أنسى أن أتقدم بخالص شكرى وعظيم تقديرى إلى أساتذتى وزملائى بقسم علم النفس بالكلية ، وإلى كل من مدّ لى يد العون حتى يخرج هذا البحث إلى النور .

أساتذتى الكرام أعضاء لجنة الحكم والمناقشة ...

على ملتقى الفكر الإنسانى ، وفى رحاب كلية الآداب - جامعة المنصورة يُسعد الباحث أن يقدم لسيادتكم جهداً بذله فى موضوع « النزعات الغرزية الجزئية والعلاج الجماعى لمرضى الاكتئاب المحرومين من الرعاية الأسرية » فإن يكن قد وفق فهذا غايته التى سعى إليها ، وإن تكن الآخرى فحسبه أنه إجتهد مخلصاً النيه والعمل .

والله من وراء القصد ..

والسلام عليكم ورحمه الله وبركاته ..

الباحث

الفهرس

تابع الفهرس

الفصل الأول

* مقدمة الدراسة .
* أهمية الدراسة .
* مشكلة الدراسة.
* أهداف الدراسة.
* المصطلحات الإجرائية للدراسة.

مقدمة الدراسة :

لاشك أن الأسرة هي المجتمع الإنساني الأول الذي يمارس فيه الطفل أولى علاقاته الإنسانية ، ومن خلال الوجود الإنساني للوالدين والدور الذي يلعبه هذا الوجود وجوداً قابلاً متقبلاً يتشكل لدى الطفل إحساس عميق بالهوية إذ يمنح الوالدان طفلهما مشروعية الوجود الإنساني ، لذا كان لأنماط السلوك التي يتعلمها الطفل في محيطهما قيمة كبرى في حياته المستقبلية.

لذا تشير مدرسة التحليل النفسي إلى أن الطفل الذي يمر بتجارب مؤلمة وينمو في جو مشبع بالخوف والصدمات النفسية مثل فقدان شخص عزيز لديه، أو افتقاده الحياة الأسرية فإنه كثيراً ما يلازمه القلق ، وسوء التوافق خلال سنوات حياته التالية (***أوتوفينخل ، ١٩٦٩ ، ١٣***) " فخبرات الطفولة لهاتأثير واضح على شخصية الفرد بعد ذلك ، بل إنه لمن الصعب على الخبرات التالية أن تحدث فيها تعديلاً جوهريا في بعض الأحيان ، فالطفل الذي يبدأ بالنظر لنفسه على أنه غير مرغوب فيه أو منبوذ من أفراد أسرته قد يجد صعوبة في تغيير نظرته لنفسه بعد ذلك ، حتى لو مر بخبرات عديدة مغايرة في الكبر " ***(سيد غنيم ، ١٩٧٢ ، ١٢٤)*** .

ولكي يشعر الطفل بالحب إزاء العالم الذي يعيش فيه ، ينبغي عليه أن يتعلم قبل كل شئ داخل مجتمعه الصغير ، أي داخل أسرته ، المعنى العميق للأمن الذي يشبع حاجته . كما ينبغي أن يكون البيت مكاناً يستطيع فيه الطفل أن يظهر على حقيقته ، مكاناً يتصل فيه بأفراد عطوفين مخلصين ويكون فيه مفهوما ومحبوبا مهما حدث في معترك الحياة اليومية ***(فوزية دياب ، ١٩٨١ ، ٩٥)***.

وبالرغم من أهمية الأسرة الطبيعية في رعاية أطفالها وإعدادهم للحياة وتنشئتهم تنشئة اجتماعية تمكنهم من النمو المتزن المتكامل ومن شق طريقهم في الإعتماد على أنفسهم والقيام بدور إيجابي في مجتمعهم ، فلا يزال هناك أطفالاً محرومين من رعاية أسرهم لأسباب مختلفة، فمنهم الأيتام حيث توفي الوالدان أو أحدهما ، ومنهم أطفال جاءوا إلى الحياة دون أن يعرف لهم آباء ينتسبون إليهم ، وهم الأطفال غير الشرعيين (مجهولي النسب) ، وهناك أطفال من أسر حدث التصدع في بنائها نتيجة الخلافات الزوجية ، فنجد أن الأبوين غير قادرين على القيام بدورهما لأطفالهم (***ثناء يوسف العاصي ، ١٩٨٤ ، ٥***) وهو ما يؤدي بدوره إلى العديد

من الاضطرابات السلوكية الناتجة عن شعور هؤلاء الأطفال بالضياع النفسى ، وذلك لأن شعور الطفل بأنه ليس لديه أسرة وحرمانه من والديه يخلق لديه شعوراً بعدم الاكتراث والأهمية (***مختار حمزة ، ١٩٨٢ ، ٣٤٧ – ٣٤٩***) حيث يتصور أن الناس تكرهه ولا تحبه وترفضه فيزداد ابتعاداً عنهم ، وربما تزداد كراهيته لهم فيقع فى أوهام ومخاوف قد تؤدى به عندما يكبر إلى المرض العقلى أو الإغتراب أو الإنعزال فيخسر المجتمع ويخسر نفسه

(***عبد ألهادى الحوات وآخرون ، ١٩٨٩ ، ٤٥***)

كما أوضح (***عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨***) أن الأزمات البيئية كالكوارث ، والأمراض المستعصية ، والطلاق ، والهجر ، والانفصال عن الوالدين تعتبر ذات أهمية بالغة فى حدوث الاكتئاب لدى الأبناء (***عبد الستار ابراهيم ، ١٩٩٨ ، ٩٠***) حيث يتصل هذا الاكتئاب بحاجتهم إلى الحب والأمان اللذين يفتقدونها ، و هو ما يؤدى بدوره إلى شعورهم بالوحدة النفسية وإصابتهم بحالة من الحزن العارم ، واليأس والسلوك المدمر للذات ، والذى يتضمن الافراط فى تناول المخدرات فضلا عن ميلهم للانتحار نتيجة عدم قدرتهم على الاندماج العاطفى مع الآخرين ***(Steinhauer , p.,1983, Pp. 73 - 75)*** .

كما أشار (***كيمنج وديفيز ، Chmmings , E. & Davies , p. 1994***) أن الأبناء الذين جاءوا من بيوت تملؤها الصراعات بين الوالدين كانوا معرضين للإصابة بالأمراض النفسية بخلاف الأطفال الذين عاشوا فى بيوت يسودها الاستقرار والأمن

(Chmmings , E. &Davies , p.,1994 , p.86)

إذ يشبون وهم يفضلون الانطواء والابتعاد عن مجالس الأصدقاء ، وهذا يوثر على شخصياتهم بشكل ملحوظ جداً وتبقى بصمات هذا الحدث مؤثرة على توافق الطفل وتكيفه فى الكبر ، ونتيجة لذلك تظهر عليهم علامات التمركز حول الذات والميل إلى الابتعاد عن الرفاق ، كما أنهم يجدون صعوبة بالغة فى إقامة علاقات التواد والاتصال ولذلك لايكون لهم عادة أصدقاء ، وهم لايرغبون حتى فى تكوين صداقات ، وتكمن الخطورة فى احتمالية اكتساب هؤلاء الأطفال لمظاهر سلوكية عدائية . (***عبد الهادى الحوات وآخرون ، ١٩٨٩ ، ٩١***) .

وتوضح (**هارلوك , *Hurlock , E, 1983*)** أن فقدان الوالدين بالوفاة يؤدى إلى تغييرات جذرية فى نمط حياة أبنائهم ، وقد يصل بهم الأمر إلي الجنوح والعدوانية الزائدة ، ويزداد الأمر سوءاً عند فقدان الطفل لوالديه بالطلاق وذلك لأن فترة التكيف للانفصال بالطلاق أطول وأكثر صعوبة من التكيف للحرمان من الوالدين بالوفاة

(Hurlock , E,(A) 1983 , p.508)

حيث يبعث الحرمان المبكر المستمر فى نفس الطفل شعوراً بعداء العالم له ، وخلوه من الشعور بالسعادة ، ومن ثم يتخذ الطفل صورة الانعزال عن العالم أو المعاندة ، والعدوان السافر ، وكأنه بهذا العدوان يستعيد إثبات وجوده وانتزاع حقه بيده من هذا العالم **(سعد المغربى ، ١٩٦٠ ، ١٨٠)** ويرجع ذلك لعدم قدرتهم على إقامة علاقات دائمة ومستمرة مع الآخرين نظراً لحرمانهم الباكر من العلاقة بالموضوع ***(Mussen , p. ,1983 , p.782)*** كما يتسم سلوكهم بالاندفاع والتهور ولا يستطيعون تتبع الأهداف طويلة الأمد لأنهم فريسة الأهواء الوقتيه إذ إنهم معدموا القدرة على ضبط أنفسهم فهم ضعاف الشخصية غير قادرين على الاستفادة من التجارب وهم لذلك ألد أعداء لأنفسهم **(جون بولبى ، ١٩٨٠ ، ٨٢)** وإذا ما أضفنا إلى ذلك سوء المعاملة التى يمكن أن يتلقاها الطفل المحروم من الوالدين داخل المؤسسة الإيوائية كان من الطبيعى ألا يتكون لهذا الطفل ضمير خلقى إلا فى أضيق الحدود ، وفى أدنى المستويات **(Marion , V. ,1969, p. 228)**. لذا يكونون فى كبرهم غير مبالين ، ولا يظهرون عطفا أو اهتماما بالأخرين وسطحيين ، وكثيرى المطالب ، ونرجسيين فى معاملتهم للآخرين ، كما أنهم يعرضون أنفسهم للأذى ، والألم، والاضطرابات الجسمية والسيكوسوماتية التى تظهر مؤخراً فى حياتهم ***(Steinhauer , p.,1983 , Pp. 73 - 75)***.

كما أشار **(سوندرز ، واواد ، *Saunders , E. & Awad ,G., 1991*)** إلى أن الحرمان الوالدى فى كافة أشكاله يلعب دوراً هاماً وبارزاً فى ارتكاب المراهقين للإنحرافات الجنسية وبخاصة السلوك الاستعراضى ***(Saunders , E. & Awad , G.,1991)***

كما أشار **(جيلين ، *Glenn , T.,1984*)** إلى أن الصدمات الطفولية المؤلمة تؤثر بدورها على الجوانب الشعورية واللاشعورية للأبناء بطريقة تعوقهم عن إستخدام بعض الميكانيزمات والحيل الدفاعية على نحو ملائم فى مرحلة الطفولة مما يؤدى بدوره إلى نمو المازوخية لديهم ***(Glenn, T.,1984)*** .

كما أوضحت (*المانسى ، Almansi , R., 1979*) أن فقدان الموضوع فى فترة جد باكرة من الحياة يعد عاملاً هاماً وبارزاً فى تهيئة الفرد للإصابة بانحراف النظارية إذ أن الرغبة الملحة لمواصلة الاتصال البصرى بالموضوع ، وشموله بصريا والاندماج معه يؤدى بدوره إلى زيادة شحنة الوظيفة البصرية التى تعد لاحقا أساساً لتطور حالة النظارية نتيجة اصطباغها بطابع جنسى *(Almansi , R., 1979 , p. 601)* .

ومن هنا ينبع أهمية المعالج بالنسبة للمراهق المحروم من الوالدين نتيجة افتقاد هذا المراهق للحب فهو لم يشبع حاجته الطفولية للمحبة ولم يذق تلك السعادة تلك التى تأتى من خلال العلاقة الوثيقة بالوالدين الأمر الذى يضع على عاتق المعالج أن يعيش فى هذا الموقف نفسه فيمنح المراهق الدفء الشخصى ، والحب والاهتمام ، والعطف فى هذا الموقف الواقعى ، وهو ما يؤدى بدوره لتوجيه سلوك المراهق المناهض للمجتمع إلى سلوك يقبله المجتمع (*عزة حسين زكـــى ، ١٩٨٩ ، ٧٤*) وذلك لأن سيطرة المعالج على الموقف بالحب تثبط الرغبات السادية والمازوخية للمريض وتحرمه من اشباعها سواء نحو الذات أم نحوالآخرين ، وذلك بفضل الطرح الايجابى نحو المعالج . (*دانييل لاجاش ، ١٩٥٧ ، ١٨٢ – ١٨٣*) مما يشير إلى إمكانية انقاذ هؤلاء المراهقين من هوية الضياع النفسى والتقليل من صدمة الحرمان وآثاره السيئة *(Missenard , F.,1985)* .

أهمية الدراسة :

١ – أنها تمثل أحد الدراسات التى تنصب علي دراسة تأثير الحرمان من الوالدين على حدوث الاكتئاب لدي الأبناء فى مرحلة المراهقة المبكرة أخذاً فى إعتبارها التاريخ السابق لحياتهم داخل المؤسسة الإيوائية ولاسيما المراهقين والمراهقات الذين عانوا الحرمان منذ بدايات الطفولة الأولى .

٢ – ومن ناحية أخرى تحاول الدراسة اقتحام مجال قلما اقترب منه الباحثين فى مجال علم النفس ألا وهو دراسة النزعات الغرزية الجزئية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية – فعلى حد علم الباحث – لا يوجد فى التراث العربى إلا ثلاث دراسات أجريت فى هذا المجال أولها «دراسة مقارنة لمستوى الغرائز الجزئية بين الرجل والمرأة » (*سحر عبد الغنى ، ١٩٩١*) والثانية « النزعات الغرزية الجزئية وجناح الأحداث » (*حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٥*) والثالثة «تصميم وتقنين مقياس الدفعات الغرزية الجزئية » (*حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٧*) لذا فالأبحاث فى هذا المجال شحيحة بل ونادرة فى

وقت لايخلو فرد بدرجة أو بأخرى من هذه الكوكبة من الغرائز والتى تمثل الدرجة المرتفعة فى أى منها حجر عثرة فى الشخصية ، بقدر ماستكون عائقا فى تطور سوى يلزم به المجتمع (*حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٥ ، ٣*) فمما لاشك فيه أن النزعات الغرزية الجزئية بكافة أشكالها ذات تأثيرات قوية على شخصية الفرد وتوافقه وعلاقاته الاجتماعية فى الوسط الذى يعيش فيه وهى تأثيرات لا ينبغى إغفالها أو تجاهلها حماية للفرد كى يعيش حياة يسودها الأمن والطمأنينة بعيداً عن الانحرافات المرضية ، لذا فإن دراسة النزعات الغرزية الجزئية على اختلاف أشكالها لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية يعتبر أمراً حيوياً وهاما لفهم مشكلاتهم سواء ما يرتبط منها بالمراهق ذاته أم بعلاقاته بالآخرين .

٣ – كما تتمثل أهمية هذه الدراسة فى إضافتها لبعدٍ جديدٍ وهو إمكانية العلاج لكل من الاكتئاب ، والنزعات الغرزية الجزئية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية . إذ أن الأبحاث الخاصة بباثولوجية وعلاج الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية على الرغم من ندرتها – على حد علم الباحث – فقد ركزت على مرحلة الطفولة بعامة من قبيل دراسة (*عزة صالح الألفى ، ١٩٨٦*)، دراسة (*بيرس ، perse , p.,1980*) ، دراسة (*لوفرى ، وستون Lovery L. & Stone , F., 1965*) مما يمثل قصوراً شديداً يستلزم القيام بالعديد من الدراسات فى هذا المجال نظنه واجبا علميا جديراً بالبحث والاهتمام إذ إن الطريق الواصل ما بين علم النفس والمجتمع بانسانه لن تقوم نهضته بغير النظر فى مشاكله المرضية أو الانحرافية . (*حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٥ ، ٧*) .

مشكلة الدراسة :

تعد مشكلة الحرمان الوالدى بكافة أبعاده من أخطر المشكلات النفسية والاجتماعية المستفحلة فى القرن العشرين إذ إنها تجمع مابين التأثير النفسى والاجتماعى والاقتصادى على كل من الفرد والمجتمع ، ومما يزيد من خطورة هذه المشكلة التزايد المستمر للأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية وبخاصة فى السنوات الأخيرة مما يستوجب التدخل العلاجى للوقاية من الآثار السيئة الناتجة عن الحرمان بكافة أشكاله وذلك بهدف إستبعاد الخسارة البشرية التى تصيب المجتمع . إذ أن انحراف شباب المجتمع يؤدى بدوره لاهتزاز المجتمع بأسره ، وجعله على حافة الانهيار .

ولعل من أهم المراحل التى يحتاج فيها الفرد إلى التوجيه والعلاج مرحلة المراهقة وذلك لما يتعرض الفرد فيها من ضغوط وصراعات نفسية ، وتغيرات عديدة جسمية ، واجتماعية ، وعقلية ، وانفعالية مما يعرضه للكثير من المشكلات النفسية فإذا وجد المراهق القدوة والتوجيه خلت حياته من الاضطرابات النفسية بكافة أشكالها ، وإذا لم يجدها فإنه ينزلق إلى الجنوح والتخريب ، والسلوك الإجرامى نتيجة لشعوره بالعداء نحو الوالدين ، ورفضهم له. *(إنتصار يونس ، ١٩٧٨ ، ١٦٦)* .

لذا فنحن بإزاء مشكلة واقعية كبيرة وخطيرة تهدد أمن المجتمع ، وسلامته ، وتحطم عدداً كبيراً من المراهقين والمراهقات الذين يعانون الحرمان الوالدى بصوره المختلفة . ويؤكد ذلك *"آرثر وآخرون ، Arthur,T.,et al.,1978"* بأن هناك شريحة من المراهقين يعانون من قسوة ومرارة الرفض الوالدى ، ويحاولون جاهدين أن يجدوا البديل الذى يعوضهم عن هذا الحب الذى افتقدوه من آبائهم " ***(Arthur , T., et al ., 1978 , p. 310)***

وفى ضوء ذلك يمكن تحديد مشكلة الدراسة من خلال الإجابة على التساؤلات التالية :

١ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الاكتئاب ؟

٢ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية (النظارية - الاستعراضية - السادية - المازوخية) ؟

وتنقسم المشكلة الثانية إلى أربعة مشكلات فرعية تتمثل فى الآتى :

(أ) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد النظارية ؟

(ب) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد الاستعراضية ؟

(جـ) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد السادية ؟

(د) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد المازوخية ؟

٣ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الاكتئاب قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى ؟

٤ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية (النظارية - الاستعراضية - السادية - المازوخية) قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى؟

وتنقسم المشكلة الرابعة إلى أربعة مشكلات فرعية تتمثل فى الآتى :

(أ) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد النظارية قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى ؟

(ب) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد الاستعراضية قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى ؟

(جـ) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد السادية قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى ؟

(د) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد المازوخية قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى ؟.

أهداف الدراسة :

١ - إعادة تقنين مقياس الدفعات الغرزية الجزئية ليتناسب مع المرحلة العمرية لعينة الدراسة ألا وهى مرحلة المراهقة المبكرة (١٣ - ١٦) سنة .

٢ - ولا أحسبنا - بحاجة للقول - بأن الدراسة تهدف فى صميمها لدراسة الاكتئاب ، والنزعات الغرزية الجزئية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية ممن يعيشون داخل المؤسسات الإيوائية ، مقارنة بالمراهقين والمراهقات الذين يعيشون فى كنف الوالدين ممن يبلغون من العمر (١٣ - ١٦) سنة أى مرحلة المراهقة المبكرة .

٣ - كما تهدف الدراسة للتعرف على مدى فاعلية تكنيك جماعات الحوار Encounter Groups كأحد أساليب العلاج الجماعى فى معالجة كل من الاكتئاب ، والنزعات الغرزية الجزئية بكافة أبعادها (النظارية - الاستعراضية - السادية - المازوخية) لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية وذلك لما تمثله هذه المتغيرات من أهمية فى مجال علم النفس المرضى والمدارس العلاجية ، وخاصة إذا وضع فى الاعتبار ما يمكن أن يترتب على إهمالها من نتائج وآثار سلبية .

المصطلحات الإجرائية للدراسة :

الاكتئاب : Depression

حالة مرضية يعانى فيها الفرد شعوراً بالضيق ، والحزن ، والتشاؤم ، واليأس من الحياة كرد فعل لفقدان الموضوع ، وغالبا ما تكون مصحوبة بأعراض جسمية من قبيل اضطراب النوم ، والشكوى من التعب ، وانخفاض الشهية للطعام ، وأخرى نفسية من قبيل الأفكار الانتحارية ، وكراهية الذات ، والشعور العام بفقدان الاستمتاع والاحساس بالفشل ، والشعور بأنه غير محبوب من الآخرين ويتحدد مستوى الاكتئاب من خلال الدرجة التى يحصل عليها المفحوص فى مقياس الاكتئاب المستخدم فى الدراسة وهو من اعداد

(غريب عبد الفتاح ، ١٩٩٥)

النزعات الغرزية الجزئية :- Partial Instinctive Impluse

هى تلك الاستثمارات المتباينة للدفعتين الغرزيتين الأصليتين باعتبار الدفعة الغرزية الجزئية أية حفزة قبل انسالية تناضل من أجل الاشباع وتلتئم كلها فى البلوغ تحت إمرة الهيمنة الانسالية العدوانية لتمثل دفعات تنحو لمبدأ اللذة ولاتكون بكلها باثولوجية إلا عندما تصبح مصدراً للذة الختامية وهى السادية والمازوخية والنظارية والاستعراضية فهى تتجة إلى الآنا أو ضدها (السادية والمازوخية) وإلى الموضوعات أو ضدها على مستوى العين والنظرات (النظارية والاستعراضية) أوتخطت ذلك إلى سائر المجالات . (*حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٧ ، ١٣*) ويتحدد مستوى النزعات الغرزية الجزئية من خلال الدرجة التى يحصل عليها المفحوص فى مقياس الدفعات الغرزية الجزئية وهو من إعداد. (*حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٧*) .

العلاج الجماعى Group Therapy

أحد طرق العلاج النفسى الذى يهتم بعلاج جماعة من المراهقين ممن يتشابهون فى مشكلاتهم واضطراباتهم ، وذلك بوضعهم فى جماعات صغيرة تتيح لهم الفرصة كى يطرحوا مشاكلهم فى ظل وجود معالج يقوم بإدارة المناقشات بطريقة تسمح لهم بتبادل الخبرات ، والمشاعر ، والأفكار فى جو يسوده التسامح ، والرغبة الصادقة فى تجاوز مشكلاتهم عن طريق الوصول إلى أفضل الحلول الإيجابية ، والتى تؤدى بدورها لإحداث تغيرات فى سلوكهم ، وأعراضهم ، وفى نظرتهم إلى الحياه سواء فيما يتصل بالحياة العائلية أم الجنسية .

هذا ويستخدم الباحث تكنيك جماعات الحوار Encounter Groups كأحد أساليب العلاج الجماعى باعتبارها وسيلة فعالة فى علاج كل من الاكتئاب ، والنزعات الغرزية الجزئية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

الفصل الثانى
الإطار النظرى

* سيكولوجية الحرمان .
* سيكولوجية الاكتئاب .
* النزعات الغرزية الجزئية .
  (أ) النظارية .
  (ب) الاستعراضية.
  (جـ) السادية.
  (د) المازوخية.
  (هـ) السادومازوخية .
* العلاج الجماعى .

سيكولوجية الحرمان *Deprivation*

مفهوم الحرمان :-

الحرمان هو منع الشئ وعدم إعطائه وهناك الحرمان العاطفى من الأبوين أو بدائلهما وبخاصة من الأم التى تمثل أول موضوع بالنسبة للطفل ، ولا يتمثل الحرمان فى غياب الأم عن طفلها فحسب بل فى غياب عطائها المتسم بالحب والإشباع ، فقد تكون الأم حاضرة مع طفلها غائبة معاً ، أو هو حضور لا يفصل الغياب ، إذ تحرمه من تلك الإضمامة الحانية فى صدرها إبان رضاعته ومن تلك الابتسامة الحنون ، والتربيت الشفوق ، والاهتمام اللازم للنمو ومن طاقة الحب بعامة ، ذلك الرباط الليبيدى الذى يتوج بالتوحد السوى مع تمام اجتياز الموقف الأوديبى والذى يرثه أنا أعلى يتمثل فى النواحى الوالدية .

(حسين عبد القادر محمد وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٣٠١) .

تصنيف الحرمان :-

تتعدد وتتنوع مستويات الحرمان وتتداخل وتترابط فيما بينها ، بحيث يصعب إيجاد حدود فاصلة بين هذه المستويات لتداخل وتنوع حاجات الطفولة ومتطلبات النمو ولتأثر مستوى معين من الحرمان علي المستويات الأخرى . ويتخذ حرمان الطفل عدة أشكال ومستويات بعضها يتصف بأنه دائم وعميق الأثر والتأثير ، وبعضها الآخر يتصف بأنه مؤقت وقليل التأثير . كما أن مستويات الحرمان فى حياة الطفل قد تكون بسيطة وقد تكون أكثر تعقيداً أو أبعد أثراً .

(عبد الهادى الحوات وآخرون ، ١٩٨٩ ، ١٩)

ولقد اختلف العلماء فى تقسيمهم لأنواع الحرمان تبعاً لدرجة الحرمان وآثاره ومدته حيث يقسم بولبى Bowlby الحرمان إلى فئتين كبيرتين وهما :-

(أ) الحرمان الجزئى :-

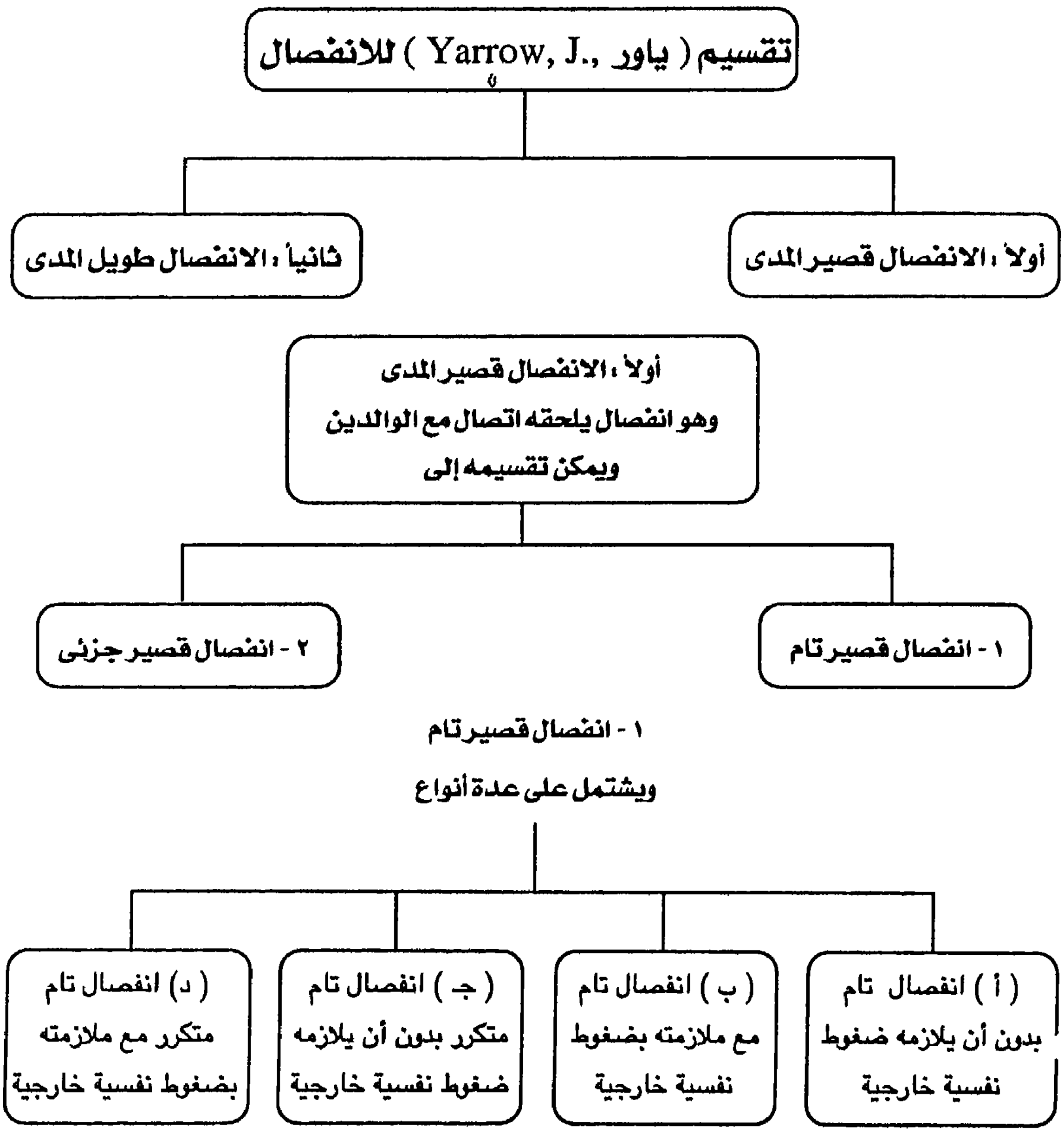
إذا ما كان الطفل فى منزله ولا تستطيع أمه أو بديلتها أن تمنحه الحب الذى يحتاجه ، أو أن يكون بعيداً عن رعاية أمه لأى سبب ما . ويعد هذا حرمانا بسيطا نسبيا ، إذا وجد الطفل الشخص الذى يرعاه ويثق فيه .

(ب) الحرمان التام :-

وهو الحرمان المألوف فى المؤسسات والمصحات حيث لا يجد الطفل عادة فردا واحدا مخصصا لرعايته بطريقة شخصية بحيث يشعر معه بالأمن والطمأنينة .

(جون بولبى ، ١٩٨٠ ، ٩٠)

بينما يقسم (ياور، Yarrow, J., 1964) إنفصال الطفل عن والديه وحرمانه منهما من خلال نظرة أكثر شمولا وتفصيلاً إلى فئتين رئيسيتين ، وهو ما يتضح من الشكل التالى :-



(أ) انفصال تام بدون أن يلازمه ضغوط نفسية خارجية وذلك مثلما يحدث عندما يذهب الوالدان فى رحلة أو عطلة ، ويتركون الطفل مع شخص مألوف له فى بيئة معروفة .

(ب) انفصال تام مع ملازمته بضغوط نفسية خارجية من قبيل قضاء الطفل فترة قصيرة فى المستشفى أو دخول أحد الوالدين المستشفى .

(جـ) انفصال تام متكرر بدون أن يلازمه ضغوط نفسية خارجية .

(د) نفصال تام متكرر مع ملازمته بضغوط نفسية خارجية .

وصفة التكرار فى نوعي الانفصال الثالث والرابع يعنى زيادة إمكانية تكرار حدوث الانفصال بدرجة أكبر من نوعى الانفصال التام الأول والثانى مما يزيد من تراكم الخبرات المؤلمة التى يمكن أن تؤدى إلى سلب الحساسية Desensetization بتكرار هذه الخبرات .

٢ - انفصال قصير جزئى

ويشتمل على عده أنواع

(أ) انفصال جزئى بدون أن يلازمه ضغوط نفسية خارجية

(ب)انفصال جزئى مع ملازمته بضغوط نفسية خارجية

(جـ) انفصال جزئى متكرر بدون أن يلازمه ضغوط نفسية خارجية

(د) انفصال جزئى متكرر مع ملازمته بضغوط نفسية خارجية

(أ) انفصال جزئى بدون أن يلازمه ضغوط نفسية خارجية من قبيل ذهاب الطفل للحضانة .

(ب) انفصال جزئى مع ملازمته بضغوط نفسية خارجية من قبيل دخول الطفل المستشفى مع بقاء اتصال الوالدين به .

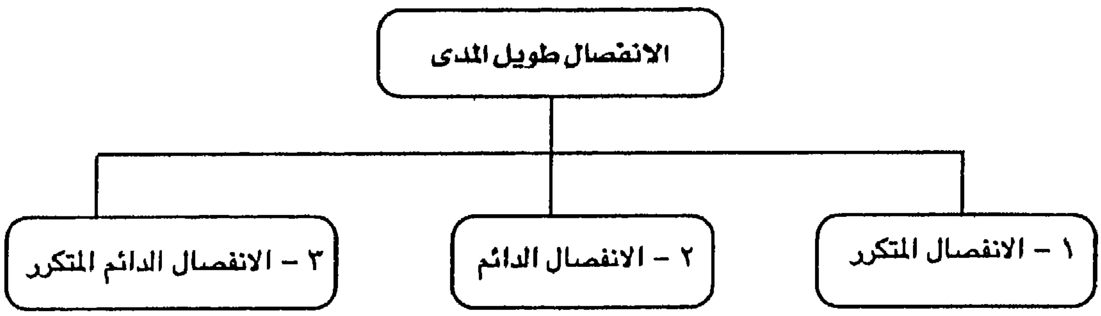
(جـ) انفصال جزئى متكرر دون ملازمته بضغوط نفسية خارجية .

(د) انفصال جزئى متكرر مع ملازمته بضغوط نفسية خارجية .

وصفه التكرار فى نوعى الانفصال الثالث والرابع يعنى كما سبق الإشارة إمكانية تكرار حدوث الانفصال .

ثانيا : - الانفصال طويل المدى : -

وهذا النوع من خبرات الانفصال تختلف عن الانفصال قصير المدى فى كونها خبرات طويلة المدى نسبياً . وهذا الانفصال عادة ما يرتبط بضغوط نفسية Stress مصاحبة مثل التواجد فى المستشفى لمرض مزمن أو أزمات عائلية عنيفة أو لضرورة قومية طارئة كالانفصال فى أوقات الحرب ويكون الاتصال بالوالدين فى هذه الحالة محتملاً أو غير محتمل وهو مالا يمكن التأكد منه أو التمسك به ويمكن تقسيمه إلى :



أ – الانفصال المتكرر : –

وهذا النوع من خبرات الانفصال يحدث للأطفال فى العائلات التى تقابل أزمات ثابتة أو مستمرة ، مما ينتج عنه وضع الطفل بصفة مؤقتة فى بيت للتبنى Foster home أو فى مؤسسة ولكنه يظل على اتصال بعائلته وبتكرار خبرات الاتصال المؤلمة يزداد الشعور أو الاحساس بالانفصال وهنا يصبح احتمال سلب الحساسية أكثر تواردأ وتكراراً .

ب – الانفصال الدائم : –

هذا النوع من الانفصال غالبا ما ينتج عن موت أو عجز عقلى ، أو مرض دائم للوالدين . أو لأنهما عجزا على أن يمدا الطفل بالرعاية الكافية . وهنا يوضع الطفل بصفة دائمة فى دار للرعاية أو للتبنى Adoption home فإذا ما كان الطفل رضيعا فإنه يخرج من المستشفى بعد الأسبوع الأول من ميلاده إلى أحد بيوت الرعايه لمدة عدة شهور ، ثم يوضع فى أحد بيوت التبنى بعد ذلك .

جـ- الانفصال الدائم المتكرر

وهو أشد أنواع الانفصال . فبعد الانفصال الدائم عن الوالدين يوضع الطفل فى مؤسسة ، أو بيت للتبنى ، وهو لا يمكث عادة فى بيت واحد فترة طويلة إذ أن خبرات الاتصال بالبديل الأموى فى المؤسسات كثيرة التغيير وخطيرة الأثر . وتشير معظم الاستجابات إلى أن العوامل المدمرة العديدة للحرمان ، ناتجة عن هذا النوع من الانفصال المشتمل على الانفصال المتكرر والمتواتر ، والتغييرات المتكررة فى بدائل الأمهات والانتقال من أم بديلة لأخرى

(Yarrow, J., 1964, Pp. 103 - 110)

مراحل الحرمان :

لقد أوضح بولبى أن هناك ثلاث مراحل لرد فعل الطفل عن الانفصال عن والديه الطبيعيين هما :- مرحلة الاحتجاج ، مرحلة اليأس ، مرحلة الانفصال .

مرحلة الاحتجاج :

وتحدث للطفل بعد ثلاثه أيام من الانفصال ، ويكون فيها الطفل كثير البكاء والصراخ ويحاول البحث عن شخص يرتبط به ويقيم معه علاقات ، ويحاول الطفل هنا الاتصال بالأفراد المراهقين ، وجذب انتباههم إليه ولكنه يدرك أنهم ليسوا إلا مودعين مثله فى المؤسسات وإذا عادت له أمه فإن غضبه يؤدى به إلى التناقض الوجدانى فنجد الطفل عندما يرى أمه ينحى وجهه عنها ويرفض ما تقدمه له الأم من عطف وحنان ويفضل أن يقيم علاقات مع الخدم دونها *(Steinhauer ,P., 1983, P. 72)*

مرحلة اليأس :

فى هذه المرحلة نجد أن الطفل لا يزال متعلقا بأمه الغائبة عنه ، ويشعر أن تعلقه هذا تعلق فى الهواء ، وتعلق يائس ، وفى النهاية إذا استمر الانفصال ، فإن الطفل يصبح منفصلاً ، فنجده شيئاً فشيئاً يهتم بالبيئة التى حوله ولكن اهتمامه بالأشياء المادية يكون أكثر من اهتمامه بالناس وإذا عادت الأم هنا قبل أن يحدث الانفصال فإن الطفل يبدو بالنسبة لأمه مختلفا تماماً ، وكل ذلك له أهمية كبيرة فى قدرة الطفل على الثقة بمن يقومون برعايته والبيئة التى حوله فإذا كان أول من قاموا برعايته يتصرفون معه بالرفض التام الصريح وعدم الود ، فإن ذلك قد يؤدى لنتائج وكوارث وخيمه *(Goldman, H., 1984, Pp. 63 - 64)* .

مرحلة الانفصال :

وهى مرحلة توضح كيفية استجابة الطفل عندما نزوده مباشرة بوالدين بديلين ذوى كفاءة ، وأثناء ذلك فإن الأطفال يكونون علاقات جديدة آمنة ، وهنا تؤكد (أنا فرويد .Freud, A) على أهمية التناقص ما بين مرحلة الانفصال ومرحلة تزويد الطفل بوالدين بديلين فإذا كانت هذه المرحلة الانتقالية طويلة ويعانى فيها الطفل من الإهمال فإنها تسبب أضراراً وأخطاراً دائمة ومستمرة للطفل فهى تحول دون إقامة علاقات ناجحة ، ومن ثم يؤدى ذلك إلى انفصال دائم مستمر وهنا يعود الطفل من جديد لاستثمار طاقاته وحبه المنسحب من الأم الطبيعية ليستثمره فى نفسه ، ويتوقف ذلك على قدرته فى الاتصال بالآخرين اتصالاً عميقاً.
. (Steinhauer, P. 1983, Pp. 72-73)

العوامل المؤثرة فى الحرمان :

يشير *(إشتاينهور Steinhauer, P., 1983)* إلى أن هناك سبعة عوامل تؤثر فى عملية الحرمان وهى على النحو التالى :-

١ - عمر الطفل وقت حدوث الحرمان .
٢ - العلاقة السابقة للطفل بالأم .
٣ - الخصائص المزاجية .
٤ - خبرات الانفصال السابقة .
٥ - استمرار الانفصال .
٦ - آثار البيئة الغريبة .
٧ - الموقف الطفلى اللاحق للانفصال *.(steinhauer, P., 1983, P. 70)*

وسوف نعرض بشئ من التفصيل لكل عامل من هذه العوامل :

أولاً : عمر الطفل وقت حدوث الحرمان :

لقد أشار بولبى Bowlby إلى أن الآثار السيئة للحرمان من الأم تبدو منذ الأسابيع القليلة الأولى على كثير من الأطفال ، ويبدو ذلك فى عدم ابتسامة الطفل المحروم فى وجه انسانى ، وفى عدم استجابته للمداعبة ، وشهيته الضعيفة ، ووزنه الضئيل ، وعدم نومه جيداً ، عدم المبالاة *(جون بولبى ، ١٩٨٠ ، ٢١ - ٢٢)* .

كما أوضح (ستيورت وآخرون ، Stewart, A. et al, 1985) إلى إمكانية أن ينمو الطفل نمواً سويا فى الثلاثة شهور الأولى من إيداعه بالمؤسسة إذا كانت توفر له احتياجاته الأساسية ، وتحقق جو الدفء المريح ، ومع ذلك فقد أوضح أن إعاقات النمو قد تظهر ابتداءاً من نهاية الشهر الثالث حتى الشهر السادس إذا كانت بيئة المؤسسة فقيرة .

(Stewart, A. et al, 1985, Pp.71 - 72)

ومع بداية العام الثانى والثالث غالبا ما نجد الطفل مكتئبا اكتئابا حاداً يصعب صرفه عنه ، وقد يستمر ذلك لأيام أو أكثر دون انقطاع ، وفى معظم الوقت يكون الطفل فى حالة يأس مضنى ونجده فى حالة صراخ أو أنين ، كما نجده يرفض الطعام ، والراحة ، ولا ينام إلا من التعب ، وربما يركن إلى الجمود والتراخى ، وقد يحاول تدريجيا أن يندمج فى بيئته الغريبة عليه ، وربما يظهر العودة إلى عادات الطفولة لمدة أسابيع وحتى لمدة شهور ، فيبلل مضجعه ويسعى للذة الذاتية ويضرب عن الكلام ويصر على أن يُحمل ، وذلك نتيجة لأن حياته قد تحطمت تماماً ثم ينقص الخطر بنسبة أكبر بعد سن الخامسة ، ولو أنه ليس هناك مجال للشك فى وجود نسبة كبيرة من الأطفال بين سن الخامسة والثامنة لا تستطيع تكييف نفسها تماما فى حالة الانفصال وخاصة إذا كان مفاجئا ولم يكن له تمهيد ، ويستشهد بولبى «بحالة مريض كبير لما حدث له وهو صبى فى السادسة حيث حجز بالمصحة ثلاثة أعوام ، وقد وصف ألم الحرمان من الأسرة والذى أدى به إلى عدم المبالاة خلال الأسابيع الأولى واستمر عدة شهور تالية ، ولم يعد فى استطاعته إيجاد علاقات مستقرة ، وأصبح دائما عابساً مهموماً ، كما صار شريراً ، وأصبح له جرائم ارتكبها نحو الآخرين أدت بدورها لاضطراب علاقته بأولاده ، لذلك فإن الأولاد الذين يبلغون الخامسة أو الثامنة من أعمارهم والذين تعرضوا للمتاعب العاطفية فمن الممكن بسهولة أن تكون أحوالهم أشد سوءاً نتيجه لعملية الانفصال ».

(جون بولبى ، ١٩٨٠ ، ٣١ – ٢٤)

كما أوضح (كوهين وآخرون ، Kahan,B., et al ., 1989) أن الاطفال الذين تقل أعمارهم عن تسع سنوات ممن تم إيداعهم لفترات طويلة تحت الرعاية البديلة قد أظهروا حالة من الكآبة والتعاسة نتيجة لالتماسهم للعطف والرعاية ، فهم ينتظرون مستقبلاً غير محدد وغير مستقر لذا فهم بحاجة لوالدين سيكولوجيين كبدلاء لوالديهم الطبيعيين كى نجنبهم الخسائر والاضطرابات النفسية الناتجة عن حرمانهم من والديهم الطبيعيين .

(Kahan,B., et al ., 1989,Pp.105-107)

كما أشار (روبرتس *Robarts, J., 1986,*) إلى أن الأطفال المحرومين من الوالدين ممن تجاوزوا سن العاشرة تكون لديهم مشكلات سلوكية من قبيل الثنائية الجنسية ، وتفعيل Acting out عملية الجنس فى شكل من أشكال السرقة والاسراف فى تناول المخدرات بجانب أن لديهم ما يسمى بالاكتئاب الانتحارى *(Robarts,J.,1986,Pp.8-11)* .

وقد أوضح (ميرون *Marion, V., 1969,*) من أن الأطفال الذين يعانون باستمرار من الانفصال لفترات طويلة فى طفولتهم تظهر لديهم سمات مزاجية مثل الانسحاب ، والاكتئاب ، واتهام الذات والعدوان ، وتظهر هذه السمات فى مرحلة ما قبل المراهقة .

(Marion, V., 1969,P. 226)

وهو ما أكده (لو ، و بارك*Lee,J.&park.,p.,1978*) أن رد الفعل الاكتئابى الناتج عن الفقدان الحاد المبكر عن الوالدين أصبح من الخصائص العامة الواضحة والبارزة للعديد من المراهقات اللاتى وضعن فى بيوت الرعاية البديلة .

(Lee , J. & park ., p., 1978 , Pp. 516 - 527)

فالحرمان فى السنوات الأولى من العمر وبخاصة فى المراحل المبكرة تؤدى غالباً مع البلوغ إلى هذا المرض النفسى أو ذاك العقلى ، وربما تؤدى إلى الانحراف وذلك فى تشكيلة تباينات ، تحسمها طبيعة مراحل النمو(*حسين عبد القادر محمد وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٣٠١*) وهو ما أكده المحللون النفسيون من أن الافتقاد الوالدى فى مرحلة الطفولة المبكرة يرتبط بنمو الشخصية السيكوباتية ، والهسيتريا ، والفصام ، والاكتئاب عند البلوغ .

(Marion, V., 1969, Pp. 225 - 232)

ثانياً : - العلاقة السابقة للطفل بالأم : -

إذا كانت البحوث قد أعطت عناية دقيقة إلى الأعمار والفترات التى يتم فيها الحرمان فيجب أن تمتد هذه العناية أيضا الى نوع علاقة الطفل بأمه قبل الحرمان ، وإلى تجاربه مع أمه البديلة ان وجدت خلال فترة الانفصال فالسرعة الشديدة فى فصل الطفل عن أمه هى التى تنشأ عنها جميع أخطار العواقب الشاذة ، وربما يكون الانفصال الذى يطول أمده أكثر إيلاماً ولكنه أقل ضرراً لأنه يعطى الطفل الوقت لكى يوفق بين الحوادث وردود أفعاله . فردود الأفعال

التى لاتصل حتى إلى الشعور يمكن أن تضر حياته الطبيعية ضرراً لاحد له (***جون بولبى ،*** ١٩٨٠ ، ٢٠٥) وهو ما أكده بولبى حيث أشار إلى أن الأطفال الذين كانت تربطهم بأمهاتهم روابط من السعادة إلى الشهر السادس أو التاسع من أعمارهم ، ثم فصلوا عنهن فجأة دون وجود بديل مناسب ، أظهروا اكتئابا وحزناً ، وانفصالاً عن الآخرين ، وَبُطْئاً فى النشاط وعند وضعهم فى مصحة أو مؤسسة فإنهم واجهوا أعباء أدت بهم إلى طرق أكثر طفولية فى تفكيرهم وسلوكهم ، وفى هذه الحالة يعبر هؤلاء الأطفال عن عدائهم بعدة صور ربما يكون منها الحنق والعنف وربما يعبروا عنه بالكلمات ويشير بولبى بأن جميع من تعاملوا مع هؤلاء الأطفال قد تعودوا على ملاحظة نزواتهم الجامحة وكراهيتهم ضد الوالدين الذين هجروهم ، وهذا هو سبب العدوان السيئ وانحراف السلوك لدى هؤلاء الأبناء تجاه الآخرين ولهذا فمن الضرورى قبل النظر في بعض الأمور الهامة التى يجب أن تراعى عند وضع الطفل فى مكان خارج بيئته الطبيعية بحيث تؤدى به هذه الخطوة الى مستقبل سعيد ، لا إلى فترة طويلة من الشك والحيرة حيث تقوده تعاسته وشعوره بعدم الأمن فى أثنائها ومما لا شك فيه أن حرمان الأطفال الصغار من رعاية أمهاتهم يسبب أثاراً خطيرة وعميقة فى سلوكهم وعلى حياتهم المستقبلية ، فكثيراً من المرضى يذكرون أنهم قاسوا كثيراً من المرارة فى طفولتهم (***جون بولبى ،*** ١٩٨٠، ٢٩ – ٨٧) ويزداد هذا الأثر سوءاً عند مايتلقى الطفل رعاية بديلة من أشخاص عديدين عوضاً عن أمه ، فكلما أقام الطفل علاقة مع أم بديلة تذهب كما ذهبت أمه من قبل وتجيئ غير ها ... ثم غيرها . (***فايزة قنطار ،*** ١٩٩٢ ، ٢٠٠ – ٢٠١) مما ينتج عنه شعور بعدم الأمان ويزيد من روح الطفل العدائية ويزكى إزدواجية شعوره نحو الناس والأشياء ، ويتدخل فى تطور أناه ويدخله عالماً من الشقاء فى سن لايكون فيه الطفل مستعداً أو ناضجاً لتجربتة ، وقد يصيبه بالعديد من الأمراض النفسية كالسيكوباتية ، والاكتئاب ، والفوبيا (***عبد المنعم الحفنى ،*** ١٩٩٤، ٢٠٨ – ٢٠٩) .

ثالثاً : - الديناميات المزاجية للطفل :-

يشير (***إشتاينهور*** *Steinhauer,p.,1983,*) إلى أن استجابة الطفل للانفصال تتوقف على عدة عوامل منها المؤثرات البيئية ، وخصائص الاتصال الجنسى بالآخرين ، والصفات الوراثية الجبلية والتى تؤثر بدورها على ظهور الاستجابات المؤلمة الناتجة عن انفصال الطفل لوالديه . (*Steinhauer,p.,1983,P. 70*).

فمن حيث المؤثرات البيئية فمن المعروف لدى الباحثين فى مجال نمو الطفل أن هناك نواحى ضعف خطيرة فى الشخصية تكون راجعة إلى التربية المبكرة فى المؤسسات الإيوائية .

(Tizard, B. & Ress, J., 1975, P. 61)

حيث أنهم يعانون من شعور عقابى بالإثم ، لكنه غير فعال وذو تأثير محدد فى التحكم بسلوكهم ، ويدل هذا فى حد ذاته على صراع داخلى حاد ، ونقص فى احترام الذات ، إذ ينحصر إهتمامهم فى محاولاتهم النشيطة فى التلاعب بالناس والأحداث حولهم لفرض المصلحة الشخصية ، وسعيهم للحصول على اللذة والمتعة يؤدى بهم إلى عدم الإشباع ، فهم يرغبون ولكنهم لا يجدون ، لأن ذلك الاتجاه يتطلب منهم أن يكبتوا دوافعهم التلقائية الحمقاء لدرجة كافية ، وهذا يجعلهم مشدودين مجهدين ، وبلا راحة أو سلام مع أنفسهم لأنهم غير قادرين على التعرف على الدفء والعون الإنسانى اللذين يريدونهما بشكل جاد وغامض *(جون بولبى ، ١٩٩١ ، ٢٤٥)* .

ومن حيث الاتصال بالاخرين فقد أشار *(سكاتى وآخرون ، Schaty,M.et al.,1991)* أن المشاكل السلوكية لدى المراهقين المودعين فى بيوت الرعاية البديلة ، والتى تتمثل فى تأخر النمو الشعورى ، والقلق ، والمشاكل مع السلطة ، والعدوان ، وضعف العلاقات الاجتماعية والانعزال عن الآخرين ذو علاقة وثيقة بضعف علاقات الاتصال بين الوالدين البدلاء والمراهقين ، وذلك لأن الوالدين البدلاء هم الذين يعلمون المراهقين كيفية قبول نتائج الأحداث عن طريق الرعاية النفسية التى يقدمونها لهم *(Schaty, M. et al ., 1991, P., 217)* .

وثمة دراسات أخرى للكبار من المرضى قد أدت بالباحثين إلى النتيجة الدالة على أن الحرمان من المحبة هو سبب الأحوال النفسية لهؤلاء الكبار وفى تقرير عن المصابين بالأمراض النفسية أشار أحد الأطباء بأنه مهما كانت استعدادات الفرد الفطرية فإنه لن يصاب بالمرض النفسى إلا إذا تعرض فى طفولته إلى مواقف يشعر فيها بحاجته الملحة إلى المحبة .

(جون بولبى ، ١٩٨٠ ، ٥٣)

رابعاً : خبرات الانفصال السابقة :

إن الانفصال المتكرر عن الوالدين يؤدى إلى ضعف علاقة الطفل بوالديه مما يترتب عليه ظهور اضطرابات سلوكية من قبيل البكاء والصراخ ، والانفجار العاطفى والشعور باليأس والخمول ، وعدم النظام والطاعة وزيادة النوبات المزاجية الحادة بجانب اضطراب فى النوم ، وفقدان فى الشهية ، ولجلجة ، ولزمات عصبية ، وسرقة ، وشعور بالخوف .

(Edward, S., 1982),(Troure, M., 1981),(Gaensbour, T., 1980), (Hodges, J., 1978) , (Smith, L., 1975)

كما توصلت مجموعة من علماء الطب النفسى أن كثرة تغير دور الرعاية التى تتولى تربية هؤلاء الأطفال ذات آثار عكسية عليهم حيث تؤدى بالطفل إلى علاقات جنسية مشوهة ، كما تجعل سلوكهم يتسم بالاندفاع والتهور (*جون بولبى* ، ١٩٨٠ ، ٦٥) فضلاً عن قيامهم بالسلوك المضاد للمجتمع الذى يرجع بقدر كبير منه إلى الخبرات السابقة لإهمال الأسرة أكثر من الانفصال نفسه ، **وهناك ثلاثة عوامل هامة تتصل ببعضها البعض تفسر لنا السلوك المضاد للمجتمع الذى يظهر لديهم وهى تشمل :-**

١ - عدم القدرة على الاندماج العاطفى بالآخرين ، والذى قد يكون نتيجة للفشل أو الاضطراب فى العلاقات .

٢ - اضطرابات شعورية « الأنا الأعلى » تنتج عن اضطراب العلاقات وعدم استمرارها لدى هؤلاء الصغار والتى تنأى بهم عن التوحدات المستمرة الثابتة التى هم فى حاجة إليها وفى حاجة إلى العواطف الحبية الشعورية الناتجة عنها ، ونتيجة لذلك نجد أن مشاعر الخجل تظهر بشدة ويصبح هؤلاء الصغار مفتقرين لنضج القدرة الشعورية لخبرة الذنب المناسب.

٣ - عيوب فى التحكم الغريزى « عيوب فى الأنا » فيفتقر هؤلاء الأطفال القدرة على إرجاء أو اعاقة توترهم الانفعالى ، فهم يقومون بتفريغه فى الحال من خلال أفعال سلوكية ، وبناء على ذلك يكون هؤلاء الصغار عرضة للصدمات والسلوكيات التدميرية الناتجة عن تفريغ غضبهم الذى يكون ضاراً جداً بهم . ***(Steinhauer, P., 1983, Pp. 73 - 75)***

مما يوضح أهمية وجود الوالدين فى حياة الطفل ودورهم الذى يتجلى فى تغليب الجوانب الليبيدية على الجوانب العدوانية التدميرية من خلال التبادل الجدلى والحوار الديالكتيكى بين الذات « الطفل » والموضوع « الوالدين » (*ايمان القماح ، ١٩٨٣ ، ١٨٠*) .

خامساً : استمرار الانفصال

يشير الباحثون فى مجال نمو الطفل إلى أهمية السنوات الأولى من العمر حيث توضع فيها أسس العلاقات والاتجاهات نحو الناس والمواقف والحياة بشكل عام *(Hurlock, E., (A) 1983, P. 494)* لذا فحين ينعدم الدفء فى الأسرة فمن الأرجح أن ينحرف سلوك الطفل ، وبصفه خاصه تجاه السلوك المضاد للمجتمع . (*مايكل راتر ، ١٩٩٠ ، ١٥*) .

فلقد أوضح بولبى أن فقدان الطفل لوالديه فى مرحلة الطفولة المبكرة يؤدى إلى شعوره بالذنب ويجعله منسحباً ومكتئباً ، فالانفصال الشديد الذى يحدث مبكراً والذى يطيح بكل العلاقات الأسرية بجانب التغيرات المستمرة التى يجدها الطفل فى الأم البديلة يؤدى إلى تكوين شخصية غير عاطفية ، وفيها يكون الطفل غير قادر على تكوين علاقات مع الأخرين مما يجعل الطفل عرضه للانحراف عند الكبر . *(Marion, V., 1969 , P. 226)* .

وفى حالات الحرمان التام من الوالدين يصل الاضطراب إلى حالة من اليأس ، والاكتئاب ، وهو ما أكدته الدراسات عن وجود علاقة ارتباطية بين الاكتئاب وافتقاد موضوع الحب لدى البالغين فى مرحلة الطفولة المبكرة بقدر ما أشارت هذه الدراسات إلى خطورة تعدد انتقال الطفل من رعاية أم بديلة إلى غيرها ، فقد أظهر هؤلاء الأطفال أنماطاً متعددة تشمل الميل إلى العدوان ، كما تشمل السلوك الجنسي فى سن مبكر ، وكذلك السرقة والكذب الذى غالباً ما يبنى على الخيال ، وتتضمن كذلك الشكاوى التى تتكرر بأشكال متعددة والتى تشير إلى فتور التجاوب العاطفى وسطحية المشاعر كما أظهروا انسحابا اجتماعياً وعجزاً عن أن يُحَبُّوا أو يُحِبُّوا ، فهم يوجِّهون كل الحب لأنفسهم ، ويصبون كل عدوانهم للخارج .

(*جون بولبى ، ١٩٨٠ ، ٤٦*)، *(Smith, L., 1975)*

لذا فمن الضرورى للصحة النفسية أن يخبر الطفل علاقة حميمة دافئة ومستمرة فمهما كانت قدرة الطفل على التكيف ، فلا ضمان لنموه السليم ، إلا إذا وفرت له البيئة وسائل مقبولة لإشباع حاجاته ودوافعه الأساسية ، وإذا توافر له أيضا من عطف الأسرة وحبها له وتقبلها

إياه ، وما يسنده ويشعره بالأمن وعلى ذلك فإن أهم شئ فى التنشئة الاجتماعية وفى رعاية نمو الطفل ، إشباع حاجاته ، والتزام الحرص ، وعدم الاسراف فى تعريضه لمواقف تثير فى نفسه القلق ، أو تجعله يخشى أن يفقد العطف أو تزعزع شعوره بالأمن .

(فوزية دياب ، ١٩٨١ ، ١٢٠)

إن الأمر على هذا النحو يعنى أن العوامل السلبية التي تتضح فى شخصية الأطفال والمراهقين الذين يلقون رعاية بديلة ، ليست نتاج نوعية الرعاية بقدر ما هى نتائج للحرمان من الأسرة الطبيعية ، وبناء على ما سبق فإننا لا نستطيع أن نرد السلبيات الطارئة فى شخصية الأطفال والمراهقين المودعين بالمؤسسات باعتبارها ناتجة عن أسلوب الرعاية وكيفياته داخل المؤسسات بقدر ما يمكن أن نردها إلى الحرمان من الوالدين ، على اعتبار أن الحرمان الوالدى فى فترة الطفولة خبرة صادمة تؤدى إلى العديد من الاضطرابات النفسية فى الكبر ***(عادل خضر ، محمد الدسوقى ، ١٩٩٤ ، ٨٩)***

سادساً : آثار البيئة الغريبة :

تشير (***هير لوك ،Hurlock,. E. 1983***) إلى أن الطفل الذى نشأ فى مؤسسة إيداع ويصبح محروما من الفرص الطبيعية لأن يخبر الحب ، يصبح هادئاً ، فاتر الهمة غير مستجيب لنداء وابتسامة الآخرين ، كما يظهر أشكالاً عنيفة من المزاج بحيث يبدو كما لو كان يبحث عن الاهتمام والرعاية التى فقدها من قبل والدية ، كما أنه يعطى مظهراً عاماً غير سعيد.

(Hurlock, E.,(B) 1983, P. 81)

إلا أن هذه الآثار تقل بدرجة كبيرة إذا ظل الطفل فى محيط بيئته التى يألفها من خلال وجود الآخرين الذين تعود الطفل على الارتباط بهم من قبيل الأقارب والأخوة .

(Steinhauer, P., 1983, P. 70)

إذ إن الأسرة الطبيعية للطفل ممثلة فى إخواته وأقاربه بخلاف أبوية هى المسئولة عن رعاية الطفل ، وأن أيه رعاية تقدم للطفل فى غيابهم ودون موافقتهم وتعاونهم تعتبر رعاية بديلة أو مساعدة وذلك على اعتبار أن من يحل محل الأسرة الطبيعية فى تقديم الرعاية للطفل لا يمكن أن تربطه به العلاقات الطبيعية نفسها التى تربطه بأبويه وأقاربه ***(عبد الهادى الحوات وآخرون ، ١٩٨٩ ، ٣١)***

ولهذا نجد أن أحسن مكان ينمو فيه الطفل هو منزله من خلال دائرة أسرته التى تتكون من أمه وأبيه وأخوته وأعمامه وأجداده غير البعيدين عنه . *(Lee , C., 1990 , P 127)* .

سابعاً : طبيعة الموقف الطفلى اللاحق للانفصال :

إذا كان قد قدر للطفل أن لا يرى والديه وحرم من حقه الطبيعي ليعيش مع أسرته فهذا لا يكون مبرراً من أن يحرم من أن يحيا داخل حياة أسرية بديلة *(Maybanks, S.,1979, P. 75)* تتعهده بالرعاية والإصلاح ويتهيأ له فيها الشعور بالأمن والطمأنينة ويحصل منها علي حاجاته من الحب والعطف وفيها ينمو ويتعلم ويكتسب الخبرات والقيم الروحية والاجتماعية ويتهيأ له الجو الأسرى النفسى اللازم لتكوين شخصيته المستقبلية .

(Madushin, A., 1980 , P. 320)

فقد اتضح إن إيداع والدين بدلاء مع الطفل يزيد من قدرته على تحمل آلامه النفسية الحادة الناتجة عن الانفصال الوالدى غير أن إيداع الطفل مع والدين بديلين لفترات قليلة يؤدى لتردى الأوضاع فتظل إحساسات الرفض والسلوك الغاضب لدى الطفل ، فضلاً عن استجابة الإحباط والانسحاب والإهمال ، وسوء المعاملة الى تظهر آثارها ، آنذاك يعانى الطفل حرمانا من نوع آخر يفاقم الأمر سوءاً فتسوء سلوكيات الطفل ، إذ يعانى الطفل من تأثير الحرمان من الأسرة الطبيعية من جانب ، ويعانى من الانفصال إن كان قليلاً أو كبيراً من جانب آخر ، بالإضافة إلى أنه يعانى من حرمان ثانوى نجده فى العديد من الأسر البديلة .

(Steinhauer, P., 1983, P. 73)

خاتمة

إن الأطفال الذين يتلقون الرعاية خارج بيئتهم الطبيعية لن يكونوا فى مأمن أكيد لإنهم أجبروا على هذا الوضع لا بسبب مشاكلهم ، وإنما بسبب مشاكل والديهم وأسرهم المجهولة ، فالأطفال غالباً ما يكونون منحرفين ومهملين ولديهم ميول عدوانية وميول للسلوك الجنسى المنحرف ، وإذا لم يلقوا الرعاية الحقيقية من أشخاص على دراية كافية فإن هذه السلوكيات تظل ملازمة لهم حتى في دور الرعاية ، أما إذا ما لقوا هذه الرعاية فإنهم يكتسبون سلوكيات جديدة ، ويعودون إلى التكيف الطبيعى حسب الخبرات التى يكتسبونها.

(Gil, E., 1982, Pp. 7 - 10) ٥

فهؤلاء الأطفال يكونون فى طفولتهم الأولى ميالين لطلب الحب والحنان بلا تمييز ، كما يسعون للفت الانتباه إليهم بدرجة زائدة عن الحد .

(Tizard, B. & Ress, J., 1975, P. 71)

لذا يشير روتر *Rutter , M.* بأن أطفال المؤسسات كانوا مرتبطين ارتباطا وثيقا بمديرات المؤسسة ، وكانوا ما يزالون يبحثون عن الحب والعطف كما كانوا اكثر بحثا عن جذب الاهتمام. *(Rutter , M., 1980, P. 54)* .

لذا فالقائمون بالرعاية البديلة ، والراشدون الذين يهتمون بتربية الطفل لهم دور كبير فى تمكين هؤلاء الأطفال من اعادة علاقاتهم التى دمرت من خلال التضامن معهم للتغلب على آثار الحرمان الوالدى . *(Steinhauer, P., 1983, P. 71)* .

سيكولوجية الاكتئاب Depression

مقدمة :-

« يعد الاكتئاب النفسى مشكلة من المشكلات التى تعوق الفرد فى توافقاته وتطوره ، حتى إذا ما وصل إلى درجة شديدة ، كان التعطل أو التأخر بصفة عامة فيكون الإضطراب الانفعالى متمثلاً فى عدم القدرة على الحب والكراهية للذات ، تلك التى تصل إلى التفكير فى الموت والانتحار حيث يسيطر التناقض الوجدانى » « صراع الحب والكرهية ».
(عبد الله عسكر، ١٩٨٨ ، ١١)

« وهكذا نجد الإنسان مدفوعا بحاجة ملحة إلى الحب والخلق والتشييد ونجده فى نفس الوقت ، وأحياناً بنفس الإلحاح ، مشدوداً إلى الكراهية والتدمير إنه موجب وسالب معاً »
(مصطفى زيور ، ١٩٨٢ ، ١٢)

« والاكتئاب هو أحد مظاهر إلتقاء المتناقضات ، التقاء الحب والكره ، واحتدام الصراع العنيف بينهما ، لتكون المحصلة فى النهاية هى وقوع الفرد أو المريض ضحية كراهيته وعدوانيته المتفجرة تجاه نفسه وتجاه الموضوع الآخر و هنا يكون الاكتئاب تبعا للأقطاب الثلاثة السابقة الحب ، والآخر ، والديالكتيكية ، وهو نتاج الافتقاد الجارح للحب والرعاية من قبل الآخر « الأم » الذى يؤدى بدوره إلى افتقاد حب الذات ، وحب الآخر وتناقض عاطفى تجاه الذات والآخر . وبالتالى سوف تختل العلاقة الديالكتيكية السوية بين الذات والآخر »
(مها الهلباوى ، ١٩٨٩ ، ٦)

ويصبح الموقف أكثر تعقيداً نتيجة للحرمان من الوالدين ، فالأطفال الذين يعانون الحرمان المبكر فى طفولتهم لا يتلقون الرعاية الكافية من حيث العطف والإنتباه، وهؤلاء الأطفال لم يحصلوا على الرعاية الأساسية التى تمكنهم من الشعور بأنهم مرغوبون وآمنون نفسياً وقد طوروا شعوراً بعدم الجدارة ، ولذا ظهر لديهم نمط السلوك القائم على معاقبة الذات لأنها سيئة وغير محبوبة ، كما أنهم يشعرون بأنهم لا يستحقون أن يكونوا سعداء ، وبالتالى تصبح الكآبة هى طريقتهم الطبيعية فى الحياة **(شارلز شيفر ، هوارد مليمان ، ١٩٨٩ ، ١٦٦ – ١٦٨)**

« وتزيد الظروف الاجتماعية القاسية وفترات الاضطراب من حالات الاكتئاب والانتحارات الاكتئابية فالمجتمعات التى تعجز عن توفير الإشباعات الضرورية لأعضائه إنما تخلق

بالضرورة عدداً هائلاً من الشخصيات ذات التبعية الفمية ، فالأشخاص الذين تكونت لديهم نتيجة خبرات الطفولة شخصيات ذات تبعية فمية يكونون أسوأ حالا فى مثل هذه الظروف الاجتماعية وذلك لعجزهم عن أن يعيشوا الإحباطات دون أن يستجيبوا لها بطريقة اكتئابية »

(أوتو فينخل ، ١٩٦٩ ، ٨٠٠ - ٨٠١)

فالطفل يحتاج إلى أن يحس بأنه محبوب فى البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها ، وإن لم يحس بأنه محبوب نقم على البيئة التى يعيش فيها ، أى نقم على الناس الذين يعيش معهم ويبادلهم كرها بكره ودفعته هذه الكراهية إلى أنواع من السلوك غير المرغوب فيها ، بل وأكثر من ذلك إذا أحس الطفل بأنه غير مرغوب فيه أو غير محبوب قد يدفعه ذلك إما إلى القسوة على من حوله قبل أن يقسوا عليه ، وإما إلى التستر فى أعماله وأحواله فيعمل فى السر ما يخاف أن يفعله فى العلن ، وقد يفقد الثقة فى نفسه فيتردد قبل أن يقدم على عمل ما ولا يجاهر برأيه إن كان له رأى فى موضوع ما ، الأمر الذى قد يسبب له الانكماش والانزواء والانطواء على النفس أو قد يسبب له الثورة على من حوله والخروج عن النظام وشق عصا الطاعة والفوضى والتخريب والانتقام من المجتمع الذى يعيش فيه تماماً . وقد يحاول الطفل لفت الأنظار إليه فيدعى المرض بصفه متكررة ويمتنع عن الأكل أو الكلام ، أو أن يتبول على نفسه لا إراديا وما هذه إلا مظاهر للاضطراب النفسى وبخاصة الاكتئاب ***(جون بولبى ، ١٩٥٨ ، ٦٧)*** .

إذ أن الاضطرابات عند الاكتئابى تتناول جميع جوانب شخصيته ، كما تؤدى به إلى الإنسحاب من المواقف الاجتماعية ، وتؤدى به أيضا إلى الاتكالية والخضوع ، مما ينعكس سلباً على الصحة النفسية للفرد ، واستمرار الاكتئاب بهذه الصورة يرتبط بصفة إجمالية سلبية فى الذات ، تتبدى في تذكر صفات سلبية للذات ، وفى عدد من الأمثلة التى ترد للفرد نفسه . ***(ممدوحه سلامة ، ١٩٨٩ ، ١٧)*** .

لذا نجد ***(بيك ، Beck, A.,1976)*** يوضح أن المكتئب يشعر بخيبة الأمل والفشل ويرى في نفسه عيوباً إما فى النواحى الشخصية أو الجسمية ، بجانب شعوره بالنقص لكثرة عيوبه ، وهذه الصفات السلبية ، تبدأ فى الغالب بسمة معينة ، ثم تعطى فى النهاية مفهوم لذاته الكلية . ***(Beck, A., 1976 , P. 32)*** ومن هنا تتضح أهمية الاكتئاب ، باعتباره الأكثر تأثيراً على توافق الفرد وصحته النفسية . ***(ياسمين حداد ، ١٩٩٠ ، ١٨)*** .

تعريفات الاكتئاب :

أولاً : تعريفات اشتملت على جوانب نفسية عامة أو نفس فسيولوجية :

تعريف (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨)

هو مجموعة الخبرات والمشاعر وردود الأفعال التى يخبرها الفرد على نحو وجدانى مرضى. *(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ١٨)* .

تعريف كروس ، *(Cross, P.,1995)*

شعور بالبؤس والألم النفسى العميق ، كرد فعل لحدث مؤلم ، وهو حالة انفعالية تتسم بالتشاؤم ، والإحساس بالرفض ، وهو أحد علامات انخفاض الصحة النفسية ، واعتلال الصحة البدنية ، من خلال الأعراض النفسية والفسيولوجية المتمثلة فى شعور بالذنب ، وإحساس باليأس ، والنقص ، والدونية ، وإضطراب الوظائف الحيوية مثل قلة النوم ، وفقدان الشهية ، وعدم القدرة على التركيز *(Cross, P., 1995, P. 95)* .

تعريف برونو ، *(Bruno, F, 1993)*

حالة انفعالية سلبية تتميز بالحزن وعدم الثقة بالذات ، وفقدان الاهتمام بأية شئ. *.(Bruno, F. 1993, P. 151)*

تعريف (فرج عبد القادر طه وآخرون ، ١٩٩٣)

حالة من الإضطراب النفسى تبدو أكثر ما تكون وضوحاً فى الجانب الانفعالى للشخصية حيث تتميز بحزن شديد واليأس من الحياة ووخز الضمير على شرور لم ترتكبها الشخصية فى ألغالب ، بل تكون متوهمة لحد بعيد ويقوم المبدأ النفسى القائل أن النية تساوى الفعل ، بدور كبير فى تغذية الإحساس بوخز الضمير وتأنيبه واستثارته ليأخذ بخناق الشخصية ، يؤنبها بقسوة ، ويجعل حياتها جحيما لايطاق ، ومن هنا كان احتمال انتحار المريض كبيرا ، حتى يتخلص من هذه الحياة المملوءة بالحزن والهم واليأس والقلق والمخاوف التى تجعله قليل النوم ، بطئ الحركة ، رافضا للطعام وبالتالى يصاب جسمه بالهزال الشديد . وكثيراً ما تصاحب حالات الاكتئاب ، هذاءات وهلاوس تسندها وتدعمها . وحالات الاكتئاب لاتصيب الوظائف

الذهنية باضطراب خطير ولايتخلف عنها تدهور عقلى ، كما أن نسبة الشفاء منها أعلى من غيرها من الأمراض النفسية الأخرى (*فرج عبد القادر طه وآخرون ،* ١٩٩٣ ، ١١٠)

تعريف (حسين عبد القادر محمد ، حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٢)

حالة مرضية تمثل نكوصاً إلى مراحل مبكرة من مراحل النمو ، وتتسم بحل طفلى فى مواجهة الاحباطات حيث تبرز بوضوح درجة قصيوية من الميلانكوليا التى تختلف درجتها تبعا لدرجة النكوص ومراكز التثبيت ، وهى تتسم بانسحاب المريض من الواقع وفقدان القدرة على الحب ، مع إحساس بفقدان تقدير الذات مصحوبة بمشاعر الذنب والتأنيبات والإهانات الذاتية ، ويتم فيها إختيار الموضوع على أساس نرجسى حيث يمثل الاستدماج الميكاينزم الدفاعى الاساسى فى الاكتئاب (*حسين عبد القادر محمد، حسين سعد الدين الحسينى ،* ١٩٩٢ ، ٧) .

تعريف (جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافى ، ١٩٩٠)

حالة انفعالية من الحزن المستمر التى تتراوح بين حالات الخور المعتدلة نسبيا والوجوم إلي أقصى مشاعر اليأس والقنوط ، وغالبا ما تكون هذه المشاعر مصحوبة بفقدان المبادأة ، وفتور الهمة ، والأرق ، وفقدان الشهية ، وصعوبة فى التركيز ، وفى اتخاذ القرارات .

(*جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافى ،* ١٩٩٠ ، ٩١٦)

تعريف (كامبل ، (*Campbell, R,1989*)

مجموعة من الأعراض الكلينيكية التى تتصف بانخفاض فى الحالة المزاجية « كأن الفرد يشعر بغم وهم مؤلم واضطراب الحالة المزاجية » واللامبالاة ، وانخفاض فى الحركة والنشاط والقنوط ، وصعوبة فى التفكير والتركيز والشكوى من التعب ، وفقدان الطاقة ، والشعور بالذنب والدونية ، والمكتئب فى ظل هذه الأعراض تحتويه مجموعة من الأفكار الخاصة بالموت والتى ربما ينفذها الفرد بالانتحار . وتشتمل الأعراض البيولوجية للاكتئاب على اضطراب فى النوم ، واضطراب الحالة المزاجية ، ونقص الوزن والامساك ، وفقدان الطاقة الليبيدية وانقطاع الطمث لدى الأنثى (*Campbell, R.1989, Pp. 191- 192*) .

تعريف (أسعد رزق ، ١٩٨٧)

موقف عاطفي أو اتجاه انفعالى يتخذ فى بعض الأحيان شكلاً مرضياً واضحا وينطوى على شعور بالقصور وعدم الكفاية واليأس بحيث يطغى هذا الشعور على المرء أحياناً ، ويصاحبه انخفاض عام فى النشاط النفسى والعضوى ***(أسعد رزق ، ١٩٨٧ ، ١٧٩)***

تعريف (مصطفى زيور ، ١٩٨٢)

حالة من الألم النفسى تصل فى الميلانخوليا الذهانى إلى ضرب من جحيم العذاب مصحوبا بالإحساس بالذنب الشعورى ، وانخفاض ملحوظ فى تقدير النفس لذاتها ونقصان فى النشاط العقلى والحركى والحشوى ***(مصطفى زيور ، ١٩٨٢ ، ١٢)***

تعريف صمويل ، *(Samuel , W.,1981)*

استجابة عامة للضغوط النفسية التى يشعر بها الفرد ، وهو رد فعل للمواقف المحبطة فى البيئة ***(Samuel, W., 1981, P. 22)*** .

تعريف (عماد الدين سلطان ، ١٩٨٠)

اضطراب نفسى مصحوب بالقلق والحزن والتشاؤم والشعور بالذنب والتحقير من الذات

(عماد الدين سلطان ، ١٩٨٠ ، ٦٧)

تعريف (حامد زهران ، ١٩٧٨)

حالة من الحزن الشديد المستمر ينتج عن الظروف المحزنة الأليمة التى تعبر عن شئ مفقود ، وإن كان المريض لا يعى المصدر الحقيقى لحزنه . ***(حامد زهران ، ١٩٧٨ ، ٤٨)***

ثانياً : تعريفات تفرق بين الاكتئاب لدى المرضى والأسوياء :

تعريف ستات : *(Statt, D.,1990)*

اضطراب انفعالى تختلف حدته من مجرد الحزن الى كونه صفة ذهانيه تتميز بفقدان الأمل والقلق وانخفاض النشاط العام . *(Statt, D.,1990 , P. 37)*

تعريف (فاخر عاقل ، ١٩٨٨)

« حالة انفعالية تكون فيها الفاعلية الجسدية منخفضة وغير سارة ، وقد تكون سوية أو مرضية ، وتشير المرضية فيها إلى اليأس والشعور الساحق بالعجز والتفاهة . لذا هناك فرق بين الاكتئاب لدى المرضى ولدى الأسوياء . فعند السوى هو حالة من القنوط تتصف بمشاعر عدم الكفاية ، وانخفاض الفاعلية والتشاؤم فيما يتصل بالمستقبل . أما فى الأحوال المرضية ، فهو حالة قصوى من عدم الاستجابة للمثيرات مصحوبة بافتقاد الذات والشعور بعدم الجدوى » ***(فاخر عاقل ، ١٩٨٨ ، ٣٣)***

تعريف (كمال الدسوقى ، ١٩٨٨)

« اتجاه إنفعالى يصبح فى النهاية باثولوجى ، وينطوى على شعور بعدم الكفاية وفقدان الأمل وفى بعض الأحيان يكون ساحقاً ، ويصحبه عموما إنخفاض فى النشاط الجسمى والنفسى وفى الاكتئاب التفاعلى تنخفض حالة الاضطراب بعد أن يكون الموقف المشكل قد تم حله . والاكتئاب عرض لكثير من الأمراض العقلية ، لكن هناك أشخاصاً خاليين تماما من الإضطرابات العقلية ربما يعانون من الاكتئاب . وفى الأحوال العادية يكون لفظ « الاغتمام » مرادفا أفضل . وفى الفرد السوى هو حالة جزع تتميز بمشاعر عدم الكفاية وانخفاض النشاط والتشاؤم من المستقبل . وفى الحالات المرضية ، يكون حالة بالغة الشدة من عدم الاستجابة للمثيرات ، مع الحط من قدر النفس وتوهمات عدم الكفاية ، وفقدان الأمل »

(كمال الدسوقى ، ١٩٨٨ ، ٣٧٢)

تعريف ريبر : *(Reber, A.,1985)*

حالة مزاجية تتسم بعدم الكفاية ، والشعور بالقنوط ، وانخفاض فى مستوى النشاط ونقص الاستجابة ، والتشاؤم والحزن ، وما يتصل بهذه العناصر من أعراض ، وبهذا المعنى لا يمكن اعتبار أن الاكتئاب قد أصبح مرضيا أو أن حدته ستكون قصيرة أو طويلة . أما إذا زادت هذه الأعراض وإرتفعت حدتها ، أصبح الاكتئاب مرضيا . *(Reber, A., 1985, P. 188)*

ثالثا : تعريفات تناولت الاكتئاب وعلاقته بمتغيرات أخرى

تعريف جورج (*George, W.,1985*)

اضطراب فى الحالة المزاجية ، ينتج عنه شعور بالحزن واليأس وفقدان الأمل وهو رد فعل لظروف الحياة الضاغطة وقد ينتج عن العجز المتعلم أو العوامل المعرفية السلبية Negative Cognitive set التى تؤدى لانخفاض فى تقدير الذات وتبنى نظرة متشائمة عن الحياة ، وانخفاض التوقعات بالنسبة للمستقبل وكل هذه السلوكيات محاولة من المكتئب للسيطرة على القلق الناتج عن الصراعات اللاشعورية (*George, W., 1985, P. 123*) .

خلاصة وتعقيب :

باستعراض التعريفات التى تناولت الاكتئاب نجد أن هناك أوجه إتفاق واختلاف بين العلماء ، فالبعض ينظر للاكتئاب باعتباره اضطرابا يشتمل على نواحى نفسية وفسيولوجية معاً ، لتعبر عن الطابع الدينامى للاكتئاب باعتباره يحتوى الشخصية بأكملها من قبيل تعريف (**فرج عبد القادر وآخرون ، ١٩٩٣**) (**برونو ، *Bruno, F., 1993***) ، (**جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافى ، ١٩٩٠**) ، (**كامبل ، *Campell, R.,1989***) ، (**أسعد رزق ، ١٩٨٧**) ، (**مصطفى زيور ، ١٩٨٢**) .

بينما يتناوله البعض الآخر باعتباره محصلة للضغوط النفسية ، والاحباطات ، إذ أنهم ينظرون للاكتئاب باعتباره حدث خارجي يؤدى إلى رد فعل داخلى متمثل فى مشاعر الحزن ، وفقدان الأمل من قبيل تعرف (كروس ، ***Cross, P., 1995,***) (**حسين عبد القادر محمد ، حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٢**) ، (**صمويل ، *Samael, W., 1981***) (**حامد زهران ، ١٩٧٨**).

بقدر ما يرتبط الاكتئاب بالنواحى المعرفة السلبية (**جورج ، *George, W., 1985***) وذلك على اعتبار أن للعوامل المعرفية وظيفة توافقية تحدد السلوك وتنظمه ، فإذا إختلت واتسمت بالسلبية اضطرب سلوك الفرد وشعر بالاكتئاب .

فى حين يفرق البعض بين الاكتئاب لدى المرضى والأسوياء ، من حيث أن الاكتئاب فرق فى الدرجة ، وليس فى النوع ، تبعاً للقاعدة المعروفة بأنه السوية والمرض هما هما من حيث المبدأ ، ولكنهم مختلفان من حيث الانتظام من قبيل تعريف (**ستات ، *Statt , D., 1990***) .

ويتفق ذلك مع ما أشار إليه (**وليم الخولى ، ١٩٧٦**) من أن الاكتئاب عند المرضى يشتمل نواحى عقلية ، وسلوكية ، وجسمية بالاضافة الى الحزن ، والقلق والتوتر ، والشعور بالذنب . أما لدى الأسوياء فلا يتعدى مجرد الشعور بالحزن ، فهناك قاعدة تقول ليس كل حزين مكتئب، ولكن كل مكتئب حزين . (**وليم الخولى ، ١٩٧٦ ، ٤٨**) .

أسباب الاكتئاب : -

تتعدد أسباب الاكتئاب وتتنوع لكن أهم هذه الأسباب هو ما جاء به فرويد الذى أشار فى البداية إلى أن الاكتئاب محصلة صراعات ونكوص للمرحلة الفمية ***(Bateman,A.&Holmes, J.,1995,P.13)***

وقد تناول فرويد الاكتئاب فى مقالتة « الحداد والميلانكوليا » وذكر أن سبب الاكتئاب هو فقدان موضوع الحب ، أو فقدان ليبدو الموضوع ***(Freud , S ., 1917 , p.103)*** بقدر ما هو فقدان فى كل شئ أوفقدان فى المعني واضطراب الحياة . ***(محمد عبد الظاهر الطيب ، ١٩٨٩ ، ٢٠١)*** . بينما يرى « بيك » أن الاكتئاب ينتج عنه تشويه فكرى وسلبى فى تفسير وتناول الأحداث التى يمر بها الفرد ، سواء كانت ماضية أو حاضرة ***(Lindsay,S.&powell,G.1994,p.114)***

ويرى حامد زهران أن الأسباب النفسية للاكتئاب تشمل : -

- الظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية مثل (موت عزيز أوطلاق أو سجن برئ أوهزيمة ....إلخ) والانهزام أمام هذه الشدات .
- الحرمان وفقد الحب والمساندة العاطفية وفقد حبيب أو فراقه أو فقد وظيفة أو فقد ثروة أوفقد المكانة الاجتماعية أوفقد الكرامة أوفقد الشرف والفقر الشديد .
- الصراعات اللاشعورية.
- الاحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق .
- ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب الذى لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق (خاصة حول الأمور الجنسية) والرغبة فى عقاب الذات .
- الوحدة والعنوسة وسن القعود (سن اليأس) وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة والتقاعد
- الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعى للخبرات .
- عدم التطابق بين مفهوم الآنا الواقعى أو المدرك وبين مفهوم الآنا المثالى .

(حامد زهران، ١٩٧٨ ، ٤٣٠) .

وترى ميلانى كلاين أن الاكتئاب يحدث نتيجة التعارض بين الأنا الأعلى المبكر early super - ego والأنا الأعلى المتأخر late - super - ego ويحدث هذا التعارض أثناء التعامل مع الواقع (*Brennant,J., 1992, P. 65*) وما يدعم الشعور بالاكتئاب فى رأيها عمليات الاستدماج التى تعتبر المسئول الأكبر عن الاكتئاب

(Elliott, A. & Frosh , S., 1995, P. 133)

أعراض الاكتئاب

شأن الاكتئاب هو شأن الكثير من الاضطرابات النفسية والوجدانية يفصح عن نفسه فى مجموعة من الأعراض المتزاملة ، بعضها مادى (عضوى) وبعضها معنوى (ذهنى ومزاجى) ، وبعضها الثالث اجتماعى .

هذه الأعراض هى التى نسميها الزملة الاكتئابية . وهى تشتمل ببساطة على جوانب من السلوك والأفكار ، والمشاعر التى تحدث مترابطة أغلبها أو بعضها – والتى تساعد فى النهاية على وصف السلوك الاكتئابى ، وتشخيصه ، **ويمكن تفصيل هذه الزملة من الأعراض على النحو الآتى :–**

الإنهباط والكدر :-

ونقصد هنا الإشارة إلى سيطرة مشاعر الإستياء والكدر Dysphoria وعدم البهجة ، أى نقيض ما يدفعنا بالشعور بالجزل والحبور Euphoria ومن ثم نجد أن المكتئب عادة ما يبدو حزينا ومغموما ، وبائسا يائسا من حياته التى تبدو له فى الغالب خالية من المعنى والقيمة .

وقد بينت البحوث أن المكتئبين يصفون أنفسهم على إختبارات الشخصية بالفشل ، ويسمون سلوكهم وشخصياتهم بالنقص ، خاصة فى المجالات التى تمثل لهم قيمة حيوية كالعمل ، أو الأسرة .

ومن المهم أن نشير هنا إلى أنه لا يشترط لتشخيص الاكتئاب أن تتوافر كل هذه الأعراض السابقة مجتمعة . فالمكتئبون لا يتطابقون فى تعبيرهم عما يتملكهم من مشاعر اكتئابية ، ولهذا يكفى توافر بعض الخصائص السابقة لوصف الشخص بأنه يعانى من هذا الإضطراب .

كما نلاحظ أن الفروق الفردية ، والخبرات الشخصية الخاصة ، تؤدى دوراً مهماً فى نوع الأعراض المميزة للاكتئاب لفرد دون فرد آخر . فالشخص المعتاد على الشكاوى الجسمية أو المصاب فعلاً ببعض الأمراض البدنية ، قد يتشبع لإكتساب الأعراض البدنية ، بدرجة أكبر من الإصابة بالأعراض الأخرى .

ضعف مستوى النشاط الحركى والخمول :

من العلامات المميزة ، أن مستوى النشاط العام لدى الشخص فى حالة الاكتئاب يكون أقل بشكل واضح مما كان عليه فى السابق فى حالته العادية ، وليس من النادر أن تجد الشخص المكتئب يقضى يومه جالسا فى مكانه دون أى نشاط إيجابى ، أو منهمكاً فى أحسن الأحوال فى نشاطات سلبية منفردة لا تتعدى مشاهدة التليفزيون ، والرقود ، وقضاء بعض الحاجات الرئيسية كالأكل . أما أداء النشاطات المعتادة بما فيها الذهاب للعمل ، أو القيام بالواجبات المنزلية والاجتماعية الأخرى ، فهى تبدو للشخص شيئاً عسيراً يصعب إنجازه ، دون بذل طاقة شاقة . حتى الأشياء التى كان يستمتع بها من قبل بما فيها بعض الهوايات الرياضية أو الترفيهية الأخرى ، تبدو له الآن غير مرغوب فيها ولا دافع له نحوها ، وأنها مجرد واجب من الواجبات الثقيلة الأخرى .

الشعور بتثاقل الأعباء :

بعض المكتئبين يشعرون بأنهم غير مسئولين عن اكتئابهم ، ومن ثم تتزايد شكاواهم من أن الأخرين يحملونهم مالا طاقة لهم به ، وتجدهم يلومون الظروف الخارجية والضغوط الموضوعة عليهم . وذلك كالموظف الذى يشكو من كثرة الأعمال ، ومن كثرة ما يحمله رؤساؤه له من واجبات ، أو كالطالب الذى يشكو من تزاحم الواجبات والإمتحانات ، أو ربة الأسرة التى تشعر بأن تعاستها وما يتملكها من كرب قد يختفى إذا ما قلل زوجها وأبناؤها إلحاحاتهم عليها ، ومتطلباتهم المفرطة منها .

الشكاوى الجسيمة والآلام العضوية :

يعتبر هذا النوع من الأعراض من أكثر الأعراض شيوعا وأكثرها خداعاً . فعادة ما يصبح الاكتئاب مقنعا مستترا فى شكل الشكاوى الدالة على سرعة التعب والإرهاق ، وضعف الطاقة، وآلام الظهر والجسم ، دون أن تكون هناك أسباب عضوية واضحة تبرر ذلك .

ومن الشكاوى الجسمية المميزة للاكتئاب :- إضطرابات النوم بما فيها الإستيقاظ المبكر ، والعجز عن مواصلة النوم ، أو النوم المتقطع ، أو صعوبة الإستيقاظ فى الصباح ، ومنها أيضا إضطرابات الشهية بما فيها فقدان الشهية ، وعدم التلذذ بالطعام ، وفقدان الوزن ، والنحول المفاجئ (ولو أن بعض مرضى الاكتئاب تحدث لديهم على العكس زيادة وإفراط فى الأكل) . ومنها أيضا الشكوى من الصداع وآلام المعدة ، وتقلصاتها ومنها كذلك فقدان الرغبة الجنسية، والعزوف عنها ، وعدم تحقيق اللذة التى كانت مرتبطة بها من قبل .

توتر العلاقات الاجتماعية :-

تعبر نسبة كبيرة من المكتئبين عن صعوبة واضحة فى التعامل والإحتكاك بالآخرين . وقد تتخذ هذه الصعوبة لدى المكتئب مظاهر متنوعة ، منها ، عدم الرضا عن علاقاته الاجتماعية كالعلاقة بالزملاء ، أو العلاقات المعتادة بالناس المألوفين له . وقد يحس بعضهم بالتكدر والقلق فى المواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل . وقد يجد بعضهم صعوبة واضحة فى تكوين المهارات الاجتماعية ، خاصة فى المواقف الاجتماعية التي تتطلب تأكيد الثقة بالنفس ، أو الدفاع عن الحقوق إذا ما هدرت ، أو اتخاذ مواقف حازمة تجاه الالحاحات غير الواقعية من الآخرين ، أو عندما يتخطى بعضهم حدود اللياقة الاجتماعية ، وأحيانا يجد بعضهم صعوبة فى التعبير عن إستيائه أو رفضه للأشياء التى تمثل عبئا على الوقت ، أو الصحة ، أو الراحة وأخيراً ، قد يشعر البعض منهم بأنه وحيد ، ويفتقد حب الآخرين ودعمهم ، ومع ذلك ، نجده يميل للإنسحاب ، وعدم بذل الجهد الايجابى لتأكيد الروابط الإجتماعية المهمة .

مشاعر الذنب واللوم المرضى للنفس :

يعبر بعض المرضى عن الاكتئاب بمشاعر حادة من الذنب ولوم النفس ، فتجدهم يصفون أنفسهم بأنهم أسوأ مما هم عليه فعلا أو أسوأ مما يراهم الناس عليه . إذ ليس من النادر أن نجد من هذا النوع أشخاصا يراهم الأخرون جادين ، أو ناجحين ومجتهدين ، ومسالمين ولكن الواحد منهم يرى نفسه « سيئا » أو « مخطئا » و « شريراً » كما أنهم يرون أنفسهم يستحقون مايلم بهم من ملمات أو اكتئاب ضريبة على سوئهم ، ومن ثم نجد أن هؤلاء الأشخاص غالبا ما يسيطر عليهم الشعور بأنهم عبء على الأهل والمقربين والمجتمع ، ويلومون أنفسهم بسبب اكتئابهم وفشلهم فى تحقيق أو تلبية احتياجات المحيطين بهم .

الإدراك السلبى للبيئة والتفكير الإنهزامى

لا يمكن عزل الاكتئاب عن الطريقة التى يفكر بها الشخص ، ويدرك من خلالها الأمور ، وعما يحمله من آراء ومعتقدات عن نفسه وعن الأحداث الخارجية التى تمر به . فالشخص فى حالة الاكتئاب ، يرى ويصف نفسه بالقصور ، وعدم اللياقة ، والنقص ، وينسب ما يمر به من خبرات غير سارة إلى عوامل شخصية فيه كالقصور النفسى أو العقلى ، أو أنه قاصر اجتماعيا . ولهذا نجد أن من الأعراض الرئيسية التى تسود بين المكتئبين ، ميلهم إلى وصف الذات بالتفاهة ، والنقص ، والعجز .

ويمثل الادراك السلبى للمواقف والأحداث الخارجية عرضا آخر من أعراض الاكتئاب . إذ نجد أن المكتئب يصف ، ويتعامل مع المواقف و الأحداث الخارجية السلبية أو الصعبة نسبيا على أنها محبطة ، وتطرح صعوبات يستحيل عليه التعامل معها . وبالمثل تجد المكتئب يرى المستقبل قاتما ، ومليئا بالصعوبات والكوارث . (*عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ٢١ – ٢٦*) .

ومعظم هذه الأعراض تتفق مع العلامات الرئيسية للاكتئاب التى حددتها الرابطة الأمريكية للطب النفسى على النحو التالى :

- فقدان الاهتمام والمتعة بالأنشطة العادية كما يتضح فى الحزن واليأس والاضطراب .
- فقدان الشهية للطعام أو التقلب فى وزن الجسم .
- اضطراب أوقات النوم .
- زيادة الخمول فى الحركة وجمود السلوك وتقلباته .
- فقدان الطاقة من خلال التوترات الزائدة والتعب الشديد .
- تأنيب الذات أو زيادة الشعور بذنب بسيط ، فالطفل أو الطفلة يلوم كلاهما نفسه على كل شئ خاطئ قام به تجاه هذا العالم .
- عدم القدرة على التركيز « فأداء الطفل المدرسى قد يكون منعدما تماما »
- اجترار الأفكار الخاصة بالموت والانتحار .

(Shamoo, T., & Pateros, P., 1990, P. 14)

تصنيف الاكتئاب

لقد اكتفت بعض المعاجم النفسية والطبنفسية بوضع تصنيف لأنواع الاكتئاب ، ووصف للأعراض ، نفسية ، وجسمية ، وعقلية ، وسلوكية ، فيشير *(وليم الخولى ، ١٩٧٦)* إلى إن كلمة الاكتئاب لا تعنى عند الشخص العادى الإحساس بالحزن وسوء المزاج ، ولكن حالات الاكتئاب فى الطب العقلى قد تتضمن نواحى متعددة : وجدانية وذهنية وسلوكية وجسمية ، بالإضافة إلى الإحساس بالحزن والأسى ، مثل التوتر ، والقلق وتوقع حدوث الكوارث ، والشعور بالندم والإحساس بالذنب والأرق ، وفقدان الشهية ، واضطراب الجهاز العصبى الأتونومى واختلال الهضم ، والعجز الجنسى ، والإحساس بالتعب والإنهاك وهبوط الذهن والحركة ، بالإضافة إلى بعض الأعراض الذهانية كالخيالات والهذاءات وتوهم المرض ، والميل للانتحار ثم يصنف الاكتئاب إلى أنواع هى كالآتى :

١ - اكتئاب تفاعلى Reactive Depression كرد فعل لظروف خارجية ، يقال عنه اكتئاب خارجى المنشأ Exogemous وهو بمثابة رد فعل طبيعى للعوامل البيئية .

٢ - حالات انقباض أو اكتئاب راجعة إلى عوامل نفسية فردية ، غير شعورية يحس فيها المريض بالحزن والأسى وغيرهما دون أن يدرى مصدر إحساسه الحقيقى ، وتعرف بالاكتئاب العصابى .

٣ - حالات اكتئاب ليس لها سبب شعورى ، أو لاشعورى يفسرها ، ولكنها راجعة إلى اضطراب فى الجهاز العصبى المركزى ، فيوصف الاكتئاب بأنه داخلى أى داخلى المنشأ endogemous وهذا هو الاكتئاب الذهانى الحقيقى

(وليم الخولى ، ١٩٧٦ ، ١٣٧ - ١٣٨)

كما يقسم بعض العلماء الاكتئاب إلى قسمين رئيسيين :

أولا : الاكتئاب أحادى القطب *unipolar depression*

وهو ذلك الاكتئاب الذى يشير إلى مجموعة من الأعراض الاكتئابية التى يتم شفاؤها تلقائيا، والتى لا يعانى فيها المريض ظاهريا من الهوس ، ذلك الذى يبدو واضحا فى الاكتئاب ثنائى القطب ***(Reber, A., 1985, P. 189)***.

ثانياً : الاكتئاب ثنائى القطب « المحورى » *Bipolar - depression*

وهو أحد الاضطرابات الانفعالية التى تتميز بشدة تأثيرها ، والتأرجح بين الارتفاع والانخفاض فى حدته ، وتقلب الحالة المزاجية للفرد التى يكون معظمها فى الاتجاه الاكتئابى . وعلى الرغم من ذلك قد يتضمن هذا النوع من الاكتئاب أعراض قليلة جداً من الابتهاج والإثارة، وعادة ما يصاحب هذا التقلب الانفعالى أعراض ذهانية ، فيشعر المريض بأنه على القمة ، ثم فجأة يشعر وكأنه فى القاع ولا يعرف السبب . وقد أطلق « كرابلن » على هذا النوع اسم ذهان الهوس والاكتئاب Manic - depressive psychosis ، ليشير به إلى السلوك اللاتوافقى للفرد . وهذا النوع له اتجاهين :

أولاً : الاتجاه نحو الاكتئاب :

حيث فقدان الأمل واللامبالاه ، والبطء فى التفكير والأنشطة والهلاوس والهذاءات وفقدان الشهية ، وانخفاض ضغط الدم والحزن والأرق . وإذا استمرت هذه الأعراض لفترات طويلة يمر الفرد بمراحل من الاكتئاب هى :

(أ) الاكتئاب البسيط *Simple depression*

ويتصف الفرد هنا بانخفاض فى الأنشطة الجسمية والعقلية مع الإحساس بالرفض واللامبالاه وفقدان الشهية ، ونقص الوزن ، ولكن تظل عمليات التفكير سليمة ، ولا يكون الفرد بحاجة للإيداع فى المستشفى .

(ب) الاكتئاب الحاد : *Acut depression*

ويتصف بزيادة حادة فى الأعراض السابقة مع شعور بالدونية ، والفشل ، والميل إلى العزلة لفترات طويلة ، وتظهر بوضوح الأفكار الانتحارية .

(جـ) الاكتئاب السباتى « الذهولى » Stupor - depression

عندما يصل الفرد لهذه الدرجة من الاكتئاب ، ينقطع تماما عن الكلام وتظهر الهلاوس والهذاءات وقد يصل الأمر لإطعام الفرد بالطرق الصناعية ، لتوقف أنشطته وحركاته تماماً .

ثانياً : الاتجاه نحو الابتهاج :

وفيه يشعر الفرد بالسعادة والمرح والتفاؤل والثقة بالنفس وارتفاع الروح المعنوية ، وزيادة فى النشاط والحركة والكلام ، وتكون أفكار الفرد مندفعة ويعبر عنها بسهولة وبسرعة ولكن هذه الأعراض مؤقتة وتظل لفترة قصيرة وقد تدفع الفرد إلى أنواع أخرى من الاكتئاب من قبيل :

(أ) الاكتئاب الارتدادى ***involutional depression***

ويحدث هذا النوع فى منتصف العمر دون أية أعراض سابقة ويبدأ بمشاعر الأسف على الذات ، والبكاء المستمر ، والشعور بعدم الراحة والاستقرار ، والقلق ، والحزن ، والخوف من حدوث خطر مباغت ، وهذا النوع من الأفراد لا يرغب فى العمل ، وليس لديه أى طاقة ولديهم مخاوف غامضة ، واضطراب فى الحالة المزاجية ، وشعور بالذنب ، واضطرابات فسيولوجية مثل : برودة اليدين ، واندفاع الدم فى المخ ، ونقص فى الوزن ، وفقدان فى الشهية ، والأرق وتلازمهم أفعال سلوكية مثل تقطيع الورق أو سرعة العدو على السلالم ، وقد ينتهى المريض بالانتحار .

(ب) الاكتئاب المقنع : ***Masked depression***

حالات الاكتئاب من الممكن اكتشافها بسهولة ، ولكن هناك حالات يصعب اكتشافها مثل الاكتئاب المقنع ، فبدلاً من الأعراض العامة المألوفة للاكتئاب ، نجد أعراضا أخرى مثل تناول المخدرات والكحوليات والسلوك المضاد للمجتمع ، وأعراضاً أخرى تشير إلى عدم وجود اكتئاب . وترى النظرية السيكودينامية ، التى تركز على المحور اللاشعورى للسلوك أنه يمكن الاستدلال على هذا النوع ، اذا تم تناوله من الناحية الرمزية على اعتبار أنه عرض بديل .

(George, W., 1985, P. 176)

وفيما يتصل بالأطفال فهناك **الاكتئاب الكفلى** ***Anaclytic Depression*** كأحد الآثار المترتبة على انفصال الأطفال عن أمهاتهم فقد أوضح بعض الباحثين أن هؤلاء الأطفال ظهرت عليهم الأعراض الاكتئابية خلال الستة أشهر الأولى من حياتهم ، كما كان نموهم عادى ثم تغيرت حالتهم إلى النقيض أثناء النصف الثانى من السنة الأولى ، وساد لديهم سلوك بكائى مغاير تماماً للسلوك السابق السعيد ، وأخذ الانسحاب بعد فترة يحل محل البكاء والانبساط ،

فكانوا ينامون على وجوههم فى الفراش بينما يديرون وجوههم ويرفضون أية مشاركة مع العالم من حولهم . أو عندما كان يقترب منهم الباحث كانوا يهملونه بل كان بعضهم ينظر إليه نظرة فاحصة وإذا ما حاول الاقتراب منهم ينخرطون فى بكاء متواصل وقد يصل الأمر فى بعض الحالات إلى الصراخ ، وتستمر حالة الانسحاب البكائى لمدة شهرين أو ثلاثة بينما ينقص وزن الطفل أثناءها كثيراً ، ويعلق الباحثون بقولهم : إن هؤلاء الأطفال يعانون من الأرق بجانب ميلهم للإصابة بالبرد المتكرر ، وأن معامل النمو لديهم يتأخر فى بادئ الأمر فى نمو قطاع الشخصية يليه انهيار تدريجى فى معاملات النمو ، وتستمر زملة الأعراض لمدة ثلاثة أشهر بينما الطفل يزداد سوءاً ثم يتوقف الطفل عن البكاء ويحل محله جمود وتحجر فى التعبير ، وبجانب ذلك فقد كانوا ينامون ويجلسون ووجوههم متجمدة بلا حركة وبدت نظرتهم مبتعدة وعيونهم بلا تعبير كما لو كانوا لا يرون ما يحدث من حولهم .

(نيفين زيور ، ب.ت، ١٦٨ - ١٦٩)

ويظهر لديهم بعد ذلك سلوكيات الاكتئاب ، التى تظل مستمرة لديهم أثناء فترة الانفصال ، ونجد الطفل أثناء ذلك يتحرك ببطء غير طبيعى ويكون سلوك اللعب لديهم قليلاً وضعيفاً جداً ، ويظهر لديهم اضطرابات فـي النوم وزيـادة نوبات الإثارة وفترات الاستيقاظ التى يعيشونها ***(Doniger, J., 1987, P. 292)***

ولابد أن نؤكد على أن هناك عامل أساسى بل وضرورى فى تكوين الاكتئاب الكفلى سابق على الانفصال عن موضوع الحب الأول ، وهذا العامل هو تكوين علاقة جيدة بالأم ، ولكن فى حالات الحرمان الكلى فالأمر يكون على العكس من ذلك ، فإذا حرم الطفل فى السنة الأولى من العمر من أيه علاقة بالموضوع لمدة تمتد لأكثر من خمسة أشهر تظهر أعراض تتميز بالتدهور الخطير والمتزايد وأعراض لا رجعة فيها ولا شفاء منها ، مما يؤكد أهمية السلوك الأموى الذى من شأنه أن يوفر للطفل فرصة للنمو الوجدانى داخل إطار العلاقات بالموضوع ، وأن غياب السلوك الأموى الخاص يمثل المجاعة الوجدانية ، وهذا بدوره يؤدى إلى تدهور فى خط تنازلى يشتمل الجوانب المختلفة من حياة الطفل. ***(نيفين زيور ، ب . ت ، ١٦٨ - ١٧٨)*** .

نظريات الاكتئاب

لقد تعددت آراء النظريات والمدارس النفسية فى أسباب نشأة هذا المرض من إحباط لدوافع لا شعورية إلى تحد لقدرات الفرد ، أو عدم التوافق بين قدراته وانجازاته وما يطلب منه ، ونعرض فيما يلى لأهم النظريات التى عنيت بالتفسير النفسى لمرضى الاكتئاب (***أحمد عكاشة،*** **١٩٩٢ ، ٢٦٧)**

١ - النظرية التحليلية :

فسر « فرويد وأبراهام » الاكتئاب على أنه نكوص للمرحلة الفمية السادية فى التطور الجنسى للشخصية ، وأن المكتئب يحمل شعوراً متناقضا ناحية موضوع الحب الأول (الأم) ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع فى مراحل نموه الأولى ، يتولد عنه الإحساس بالحب والكراهية ، والإلتحام والنبذ ، وعندما يصاب بفقدان عزيزُ أو خيبه أمل عند نضوجه ينكص لحاجاته الأولية وبعمليات دفاعية لا شعورية من الإسقاط والادماج والنكوص ولتناقض عواطفه ناحية موضوع الحب المفقود ، يمتص طاقته ويدمجها نحو ذاته ، نحو الأنا ومن هنا يبدأ المكتئب فى الانطلاق والعدوان الذاتى ، واتهام الأنا ، والإحساس بالدونية والتى تطلق الميول الانتحارية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٣٦٧)

إذ أن قوام الاستعداد المرضى لدى المكتئبين ارتباط شعورهم بوجودهم وقيمتهم ارتباطا وثيقا بما يمنحونه أى أن لديهم حاجة ماسة إلى أن يكونوا موضع عطف وتقدير وعجز هؤلاء المرضى عن تحمل فقدان الحب ، واحتمال مواقف الحرمان يدفعهم إلى العدوان بسهولة ، ولكن عدوانهم يتعطل كثيراً ، نظراً لخوفهم من فقدان محبة الآخرين لهم ، وعقدة الذنب لديهم ، ويميل هذا العدوان إلى الارتداد على الذات ***(دانييل لاجاش ، ١٩٥٧ ، ١٢٤)***

عندئذ تنتصر دوافع العدوان على دوافع الحب وتصبح مدمرة للذات مما يؤدى إلى تفكك الغرائز ، وعدم اندماجها حيث تنحصر دفعات الحب الليبيدية والتى لا تجد موضوعات تستثمرها فى الذات وتتبادلها معها ***(إيمان القماح ، ١٩٨٣ ، ١٨٠)***

وهكذا فإن الدوافع تتعلق فى الهواء ولا تجد لها متنفسا ، وعند تتبع قدر الدوافع العدوانية نجد أن الأطفال يحولون العدوان نحو أنفسهم أى أنهم يستثمرون العدوان فى الذات مما يفسر

التدهور الشديد الملاحظ فى حالاتهم فتبدو هذه الأعراض فى صورتهم الإكلينيكية فنجدهم عاجزين على تمثل الطعام ، كما يعانون من الأرق وفيما بعد نجدهم يهاجمون أنفسهم ، ويخبطون رؤوسهم فى حوائط فراشهم ويضربون رؤوسهم بقبضة أيديهم أو ينتزعون أجزاء من شعرهم وفرو رؤوسهم ، ويبدو أن هؤلاء الأطفال كما لو كان يحاولون استعادة الموضوع المفقود بمساعدة الدافع العدوانى (*نيفين زيور ، ب.ت ، ١٨٠ – ١٨٢*)

ويتزايد العدوان الموجه ضد الذات فى صورة اتهام الذات ونقدها ، والشعور بالذنب والندم وعقاب الذات الذى يصل فى الحالات الشديدة إلى الانتحار وأن كل هذه المظاهر تعبر عن خبرة اكتئابية معاشة تنتظم فى كل حالة انتظاماً فريداً بحسب تفرد الحالة ، وهى تشير إلى وجود صراع نفسى بين الأنا والأنا الأعلى وتكون الهى أقرب إلى التعطل الخارجى بسبب انسحاب الطاقة الليبيدية إلى الأنا العليا . وأن هذه الأعراض تتجسد فى كل حالات الاكتئاب العصابية والذهانية حيث تكون الحالة الأولى محاولة لاستعادة تقدير الذات بصورة إكراه للموضوعات الخارجية المفقودة أو المعاقبة بأن تكف عن العقاب أو تخفف من حدة الانجراح النرجسى للذات ، أما فى الحالة الذهانية فيكون الاكتئاب محاولة لاستعادة تقدير الذات على المستوى الداخلى فى نضال وهمى لاستعادة الموضوع المفقود أو الابقاء عليه عنوة فى الأنا فيدخل فى صراع مع أناه العليا فيكون المعركة داخلية ، وما يبدو منها هو خسائر هذه المعركة وصورتها فى شكل أعراض اكتئابية . ولا يختلف شكل هذه الأعراض فى الاكتئاب العصابى عنه فى الاكتئاب الذهانى وإنما تختلف حدة هذه الأعراض (*عبد الله عسكر ، ١٩٨٨ ، ٢٠١ – ٢٠٢*)

ويلخص زيور العوامل المثيرة للاكتئاب فيما يلى:

١ – تغير فى التوازن الخاص بالدفعات الغريزية أي الحب والعدوان ، وكذلك تغير فى ميكانيزمات الدفاع .

٢ – تغير فى علاقة المريض بالموضوع وصورته

« إن فقدان الحب هو الموقف الأساسى الباعث على الاكتئاب سواء أكان المريض لم يعد محبوباً ، أو لم يعد يشعر أنه محبوب ، أو من جهة أخرى لم يعد يسعه أن يحب أو أن يكون محباً . ومن هنا فإن انقطاع علاقة وثيقة متبادلة من الحب نجدها فى أساس كل حالات الاكتئاب » .

فابتعاد الموضوع يمكن أن يستشعره الاكتئابى فقدان وهذه العلاقة مع الموضوع التى يحدث بانقطاعها الاكتئاب نموذجها هو العلاقة الأولى مع الأم .

ومن هنا نجد أن الموقف الأوديبى لدى الاكتئابيين تغمرة الصراعات قبل الأوديبية وخاصة ذات الطابع الفمى . فالاكتئابى فرد يشعر دائما أنه مهدد بتفجير شديد لعدوانيته ، ويخاف الاكتئابى من عدوانيته التى يراها فى المستوى المتخيل مطلقة القدرة وذلك عندما يفقد موضوعاً كان قد رغب لا شعوريا فى موته ، ويكتئب المريض لا بمجرد الفقدان ولكن لأنه يحتفظ بالموضوع وكأنه هو الذى فعل هذا الفقدان ، فعلاقة الاكتئابى بموضوعه تتسم بالنرجسية .

أي أن الاكتئابى لا يحب الموضوع فى ذاته ولذاته ، أو لما هو فى الواقع ، بل لأنه فى حاجة إليه لكى يحتفظ باتزانه الانفعالى من حيث تنظيم دفعاته الغرزية من حب وعدوان . فإذا ما اختفى الموضوع فإن الاكتئابى يجد نفسه أمام عدوانيته المتفجرة أى يقل الحب ويسيطر العدوان ومن هنا يكون الاكتئاب محاولة أو وسيلة يائسة للاحتفاظ ببعض دفعات الحب والقدرة على الحب من جديد .

ويرى زيور أن الاكتئاب من حيث القطاع الغرائزى يبدو أن مصدره تحلل أو تفكك الغرائز واضمحلال بواعث الحب وسيطرة مستقلة للعدوان والتوازن الهش بين الطاقات الغريزية ، وميكانيزمات الدفاع الذى استطاع الاكتئابى الحفاظ عليها فى محاولات موازنة ، حاجته إلى الحب وحاجته إلى العدوان .

هذا التوازن يختل ليس بمجرد اندلاع دفعات العدوان بقدر ما هو فشل دوافع الحب وتخبطها . وأما فى مستوى الدفعات الغريزية فيرى زيور أيضا أن الاكتئاب يتكون من تحول علاقة حب وثيقة إلى علاقة عدوانية يصبح المريض ضحيتها بارتداد العدوان عليه وعلى الموضوع القابع بين جوانحه . وذلك أن الاكتئابى لا يسعه أن يكف عن أن يحب وأن يكون محبوباً دون أن يفيض به العدوان ويستشعر الذنب والتهديد .

(مصطفى زيور ، ١٩٨٢ ، ١٣ – ١٦)

النظرية المعرفية *Cognitive Theory*

لقد تحدى « بيك Beck » وجهة النظر العامة التى وصفت الاكتئاب بأنه اضطراب عاطفى ولم تضع فى الاعتبار المظاهر المعرفية الواضحة للاكتئاب من قبيل تقدير الذات المنخفض ، والشعور باليأس ، والشعور بالعجز ، وبجانب ذلك أكد أن الإدراك يؤدى إلي المعرفة والانفعال عند الأفراد العاديين والاكتئابيين أيضا ، وبخلاف الإدراكات المعرفية للفرد المكتئب تسيطر عليها العمليات المفرطة فى الحساسية والمحتوى ، وقد اكتشف « بيك » من خلال التداعيات الحرة للمرضى الاكتئابيين مجموعة من الخصائص الإدراكية السالبة من قبيل احترام الذات المنخفض ، والحرمان ، وفقدان الذات والواجبات ، ولوم الذات ومطالب الذات ، والأوامر ، والهروب من الواقع بالاستغراق فى الخيال ، والميول والرغبات الانتحارية ، وتكون كل هذه الإدراكات مشوهة وغير حقيقية لأن المرضى بالاكتئاب يميلون إلى المبالغة فى تضخيم أخطائهم والعوائق التى تعترض مسارهم (***رشاد عبد العزيز موسى ، ١٩٩٣ ، ٢٤***) ليس ذلك فحسب بل أوضح أن العوامل السلبية تقود الفرد لتجاهل الأمور الإيجابية مما يؤدى به إلى زيادة المعلومات السلبية لديه (***Quiggle , N., et al , 1993 , P. 220***).

فالاكتئاب هو اضطراب فى استراتيجية التفكير ، وتكوين نظم فكرية سلبية ناحية الذات والعالم والمستقبل (***أحمد عكاشه ، ١٩٩٢ ، ٣٦٧***) وكلما أصبح هذا الثالوث غالباً أو مسيطراً كان المريض أكثر اكتئاباً (***رشاد عبد العزيز موسى ، ١٩٩٣ ، ٢٤***) ومن ثم يتجه العلاج نحو تغيير هذه النظم الفكرية السلبية بأسلوب العلاج المعرفى (***أحمد عكاشه ، ١٩٩٢ ، ٣٦٧***) ويختلف الأفراد فى ذلك ، فالبعض يكون واقعيا والآخر خياليا أو متمهلاً ، ويرجع الاختلاف هنا إلى الوجهة المعرفية للفرد تجاه البيئة الاجتماعية (***Durkin, K., 1995, P. 146***).

٣ - نظرية العجز المتعلم *" Learned helpLessness theory "*

قام سليجمان عام ١٩٧٥ بدراسة الاضطرابات الاكتئابية ، فوضع نظريته المعروفة باسم « العجز المتعلم Learned helpLessness » وفيها أجرى تجربته على مجموعة من الكلاب بوضعهم فى صندوق محكم الغلق ، وعرضهم لصدمات كهربائية ، وكرر ذلك عدة مرات ، وفى كل مرة كانت الكلاب تعجز عن الخروج من الصندوق . وبعد ذلك وضعهم فى صندوق آخر يسهل الخروج منه ، فلم تستطيع الكلاب العاجزة أن تخرج ، على الرغم من سهولة الخروج . (***Gillies, P., 1984, P. 201***).

من هنا يتضح أن العجز المتعلم ، انخفاض فى دافعية الاستجابة للمثير فى الموقف المحبط لتوقع الفشل ، وأن السلوك لا يصاحبه النجاح أو المكافأة المجزية التى تتحقق من شدة العقاب والألم (*Samuel, W., 1981, P. 294*) فالعجز حالة يمكن تعلمها وتعميمها عن طريق تعرض الفرد كثيراً لمواقف محبطة ومؤلمة لا يستطيع تجنبها(*Reber, A.,1985, P. 87*).

ويرى (*حسين عبد القادر محمد وآخرون ، ١٩٩٣*) أن العجز هو أحد مظاهر الاستجابة التى تميز الافراد عند تعرضهم لموقف صادم أومرعب ، بحيث تكون مثيرات من الشدة والكثافة والتهديد بصورة لاتسمح لأنا الفرد أن تحشد دفاعاتها لوضع حل لهذا الموقف الضاغط ، فيستشعر الفرد العجز فى الموقف وقد يصاحبة دفاعات أخرى هروبية أو اسقاطية أوتدمير للذات نفسها (*حسين عبد القادر محمد وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٦٧*) .

والعجز له معنى خاص فى أعمال فرويد ، حيث يشير إلى حالة الطفل الذى لا يستطيع القيام بحاجاته الخاصة . فهو حال ذلك الفرد الذى يعتمد كلية على الآخرين خاصة الأم . فى تلبية حاجاته . وقد استخدم « جاك لاكان » مصطلح العجز ليعنى به الإحساس بالهجران " Sense of abandoment " (*Evans, D., 1996, Pp. 77-78*).

وترى ميلانى كلاين أن الإحساس بالعجز يؤدى إلى كف عمليات النمو الانفعالى وأن هذا الإحساس يرتبط نسبياً بالمجتمع . وهو فى الأساس ميكانيزم دفاعى ضد القلق .

(*Minsky, R., 1996, Pp. 82 - 83*).

وتشير نظرية العجز المتعلم أن الاكتئاب عبارة عن رد فعل متعلم يزداد كلما وجد ما يدعمه عن طريق المساعدة والعطف والاهتمام ، وبذلك يجد الفرد فى الاكتئاب مزايا عديدة لم يجده فى أشياء أخرى . وهذا الاكتئاب يعلم الفرد العجز (*Kisker., G, 1985 , P. 291*).

كما أن كثرة تعرض الفرد للفشل تجعله على يقين تام بأنه لا يستطيع التحكم فى أفعاله المستقبلية . فيقف الفرد عاجزاً أمام أحداث الحياة فيصاب بالاكتئاب .

. (*Gotlib, I. & Hommen, C., 1992, P. 80*)

ويرى سليجمان أن الشعور باليأس هو الصورة النهائية لهذا العجز. وأن هذا اليأس هو السبب الرئيسي في الاكتئاب. لذا قام سليجمان عام ١٩٨٩ بتعديل اسم النظرية من العجز المتعلم Learned helplessness إلى الشعور باليأس hopelessness وعرف هذا الشعور بأنه توقع خاص بالفرد لعدم تحقيق رغباته

.(Metalsky,G. et al, 1993,P.215)

وخلاصة القول إن مواجهة الفرد لأحداث مؤلمة ومشقة مستمرة تؤدى إلى الشعور باللامبالاة والانسحاب . وعدم الاستجابة . ومن ثم الإحساس باليأس والعجز وعدم الحيلة التى تؤدى فى النهاية للشعور بالاكتئاب (*أحمد عكاشة ، ١٩٩٤ ، ٣٦٧*) .

وعلى الرغم من أهمية هذه النظرية فى تفسير السلوك الاكتئابى . إلا أنها تعرضت لنقد عنيف سنة ١٩٧٨ . لذا قام سليجمان بتعديل تلك النظرية لتصبح ملائمة للعمليات المعرفية وألا تكون قاصرة على النواحى السلوكية . فيذكر سليجمان أن إدراك الفرد أو توقعه لعدم القدرة على التحكم فى البيئة يزيد من إحساسه بالعجز ، فتظهر أنماط معينة من الضغوط النفسية *.(Samuel, W., 1981 , P. 295)*

لذا يشير سليجمان أن هناك ثلاثة أسباب يعزو إليها الفرد عجزه :

أ- عزو أسباب العجز إلى الذات . « داخلية - خارجية »

ب - عزو أسباب العجز إلى الطبيعة . « عامة - خاصة »

جـ - عزو أسباب العجز إلى الموقف . « ثابتة - غير ثابتة »

.(Pervin, L., 1989, Pp. 45 - 48)

٤ - نظرية التهيؤ (براون وهاريس)

يعتمد الاكتئاب هنا على :

١ - التعرض لأحداث حياتيه مؤلمة حديثة

٢ - عوامل التهيؤ وتتمثل فى :

(أ) فقدان الأم قبل سن الحادية عشرة .

(ب) وجود ثلاثة أو أكثر من الأطفال عمرهم أقل من أربعة عشر عاماً .

(جـ) غياب الإحساس العاطفى الدافئ مع الزوج أو علاقة أخرى دافئة تساعد الفرد اجتماعيا

(د) البطالة أو الوظيفة المؤقتة ***(أحمد عكاشه ، ١٩٩٢ ، ٣٦٧ - ٣٦٨)***

ومثل هذه العوامل تعطى مؤشرات تعتبر تقريباً كافية للإصابة بالاكتئاب تتمثل فى عدم التدعيم الايجابى للعلاقات الاجتماعية ، والفقدان ، والتقاعد ، والافتقاد إلى العمل بحيث يمكن لمثل هذه العوامل مجتمعه أن تسبب الاكتئاب لكون الذات فى هذه الحالة تستشعر الضعف .
(عبد الله عسكر ، ١٩٨٨ ، ٥٠)

تعقيب عام على نظريات الاكتئاب :

على الرغم من الاختلافات العميقة بين النظريات التى تناولت تفسير الاكتئاب ، فإن هناك تشابهات متعددة فى تفسير كل منها ، فوجهه النظر الفرويدية التى ترى أن الاكتئاب ما هو إلا نتيجة مباشرة لفقدان الحب فى المراحل المبكرة من العمر ، يمكن صياغتها وفق مدرسة العجز المتعلم ، بأن افتقاد التدعيم والاهتمام نتيجة لموت أو فقدان من نحب يؤدى بدوره لفقدان مصدراً هاماً من مصادر الدعم النفسى والمعنوى ، مما يجعلنا مستهدفين لليأس والاكتئاب ، بل ويعرضنا أيضا للتهديد والألم المستمر الذى يكفى فى حد ذاته إلى خلق اليأس .

وفيما يتصل بأوجه الشبه بين نظريتى التحليل النفسى ، والتهيؤ فيما يتعلق بهذه النقطة نجد أن نظرية التهيؤ لا تحصر الفقدان فى موت موضوع الحب فحسب ، بل تراه يمتد ليشمل فقدان أي موضوع سواء كان شخصا أو مجالا من مجالات النشاط المهنى والاجتماعى ، ولهذا ترى نظرية التهيؤ أن الاكتئاب ما هو إلا نتيجة مباشرة لخسارة شخص أو مهنة أو علاقة اجتماعية ، كانت من قبل مصدراً ثرياً من مصادر الاهتمام والتدعيم .

وفيما يتصل بأوجه الاختلاف الموجود بين هذه النظريات نجد نظرية العجز المتعلم تشير بأن الاكتئاب يمكن أن يحدث فى أى فترة زمنية ، ولا يقتصر ظهوره على فقدان موضوعات الحب فى المراحل المبكرة من العمر فقط ، كما زعمت بعض نظريات التحليل النفسى . وهو ما تعتبره النظرية المعرفية ثغره خطيرة ومضللة لأنها لم تكشف لنا تأثير العوامل اللاحقة ، وضغوط الحياة التالية . (*عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ٩٩ ، ١٤٥ ، ١٤٦*) وبخاصة العمليات المعرفية الخاطئة والمتمثلة فى الخصائص الادراكية السالبة من قبيل احترام الذات المنخفض ، ولوم الذات ، والأوامر ، والهروب من الواقع بالاستغراق في الخيال والرغبات والميول الانتحارية ، والتى تؤدى بدورها لحدوث الاكتئاب . (***رشاد عبد العزيز موسى ، ١٩٩٣ ، ٢٤***) .

وفى ضوء ما سبق يميل الباحث إلى الأخذ بالاتجاهات الحديثة التى لا تنظر للاكتئاب من زاوية دون الأخرى ، وإنما تنظر إليه فى ضوء المحددات البيئية ، والاجتماعية ، والمعرفية من قبيل الصراعات ، والتغيرات البيئية والتوقعات السالبة ، ومشاعر التهديد علاوة على المثيرات الانفعالية ، والضغوط البيئية ذات الصبغة الوجدانية وإن اختلفت هذه المحددات وأهميتها من فرد لآخر .

علاج الاكتئاب

تتعدد طرق ووسائل علاج الاكتئاب بتعدد النظريات التى تتناوله ، فبينما يركز الطب النفسى على العلاج العقاقيرى والجراحى والصدمات الكهربائية إلى جانب الإشارة لبعض الوسائل النفسية والاجتماعية التى يستلزمها مريض الاكتئاب بعد استخدام إحدى الوسائل سابقة الذكر ، ويضطلع الطب النفسى بمهمة إزالة الأعراض ، تركز النظريات العلاجية الأخرى على البحث عن الأسباب ومحاولة تعديل السلوك ، فالتيار السلوكى يبحث فى إمكانية تعديل السلوك عن طريق التدعيم الإيجابى وإزالة أو تخفيض المثيرات المؤلمة والمسببة للاكتئاب والعجز .

بينما يركز المنظور المعرفى على محاولة تعديل خبرات المريض والوصول إلى صيغة معرفية يستطيع المريض من خلالها الانطلاق إلى عالم السوية ، ويضطلع التحليل النفسى بمحاولة البحث عن الأسباب المؤدية للإصابة بالاكتئاب وإزالتها ، فيسعى إلى محاولة تخفيف حدة التثبيت الفمى ومحاولة حل الصراع الأوديبى وتقوية دفاعات الأنا وتخفيف قسوة الأنا العليا الباعثة على الذنب مع إعادة التنظيم الإنفعالى وتوظيف الطاقة النفسية سعيا لعمل علاقات خارج نطاق نرجسية الذات وتعديل مسار الطاقة العدوانية الموجهة إلى الداخل كى تعبر عن نفسها بطريقة سلوكية إلى الخارج . ***(عبد الله عسكر ، ١٩٨٨ ، ١٧٧ – ١٧٨)*** .

لذا يستخدم هذا النوع من العلاج لحالات الاكتئاب المزمنة التى ترجع أصولها لأعماق الطفولة ، فهو يساعد على جعل المرضى الاكتئابيين قادرين على رؤية حياتهم بقدر ما يجعلهم قادرين علي تحليل تلك القوى المنبعثة من الماضى ، والتى تحدد إلى حد كبير سلوكهم المرضى الحالى ، وذلك من خلال إدراكهم للأساليب الهادمة للذات ، التى تؤدى لحدوث الاستجابات الاكتئابية لديهم ، بجانب معرفتهم بأفكارهم الخاطئة وهكذا يكون هدف العلاج التحليلى هو أن يترك هؤلاء المرضى تلك النماذج الهادمة للذات ، ليتعلموا طرق جديدة للتوافق يحصلون من خلالها على الإشباع ، بجانب الاحتفاظ بتقديرهم الذاتى كى يعيدوا بناء حياتهم . وهنا يتعين على المعالج فى الموقف التحليلى الحصول على بعض المعلومات المتصلة بالنماذج القديمة لمعرفة مدى تأثيرها على شخصية المريض فى الوقت الحاضر ، إذ إن معرفة المعالج بتأثير تلك النماذج سوف يساعده على منع حدوث الاكتئاب .

ويساهم الطرح بدور هام فى العملية العلاجية باعتبار أن المعالج هو ذلك الآخر الذى يدركه المريض كشخص مساعد له ، بقدر ما يمثل له بديلاً لتلك النماذج القديمة

(Schwarty, A. & Schwarty, R.,1993, Pp. 176 - 177)

فالطرح هو النمط الكيفى الواحد التى يعتبر كل العلاجات النفسية مجرد تشكيلة تباينات له « فالانتظام الرئيسى لهذا النمط الكيفى يقوم على علاقة المعالج بالمريض ، ويكون بعد ذلك على النوعية الخاصة بالسياق العلاجى أن تحدد الانتشار الذى يكون عليه تجسد هذا النمط الكيفى سيان من حيث الفنيات أو من حيث الاتجاهات التى يتبناها المعالج فى الإطار المرجعى » ***(صلاح مخيمر ، ١٩٧٧ ، ٣٠)***

وبالتالى يتحدد مدى الشفاء بمدى ما تكون عليه العلاقة الطرحية من قوة تسمح بقبول المعالج كآخر ، وبالتالى قبول الموقف العلاجى نفسه . ***(أوتو فينخل ، ١٩٦٩ ، ٨١٨)*** . وهنا ينبغى على المعالج المتمرس أن يوسع آفاق المريض عن طريق البحث عن النشاطات الممتعة فى العالم الخارجى كبديل لتلك النشاطات التى تؤدى بدورها لحدوث الاكتئاب .

وكأن مهمة المعالج هو مساعدة المريض على إحداث تغيير فى شخصيته بما يتناسب مع البيئة المحيطة به ، وذلك من خلال فحص واستبدال الأيدلوجية المكتئبة بأخرى أكثر توافقاً بقدر ما تكون أكثر تفاؤلاً فى النظر للعالم المحيط بها *(Schwarty, A. & Schwarty, R., 1993, P 178)* وذلك من خلال العلاقة الطرحية التى تعد من المشكلات الأساسية فى علاج الاكتئاب وبخاصة الحالات الشديدة نظراً لوجود بعض الصعوبات التى تتعلق بالتثبيت الفمى من ناحية ، وبالطبيعة النرجسية للمرضى وما يترتب عليها من صعوبات فى تحقيق العلاقة الطرحية من ناحية أخرى بقدر ما تتعلق بعدم استجابة المريض للتأثير التحليلى حيث أن الأنا العاقلة التى عليها أن تتعلم مواجهة صراعاتها عن طريق التحليل غير موجودة ببساطة .

أما فيما يتصل بحالات الاكتئاب البسيطة (العصابية) « فإن أهون حالاتها لا تحتاج إلى علاج آخر خاص لأن تصفية الصراعات الطفلية الأساسية أثناء تحليلنا للعصاب الرئيسى، تؤدى بصورة آلية إلى تصفية مشاعر الدونية العصابية وإلى تناغم نسبى مع الأنا العليا » ***(أوتو فينخل ، ١٩٦٩ ، ٨١٨ - ٨٢٠)*** . ذلك أن العلاقة الطرحية فى الموقف الفردى تكون جد شديدة وهو ما جعل المحللون النفسيون يستخدمون ***العلاج الجماعى*** مع الحالات المتفاقمة من

الاكتئاب والانحراف وهو ما سنعود إليه « حيث يتوقف مدى نجاح علاج الاكتئاب على مدى إستعداد المريض أولاً للعلاج وطبيعة حالته بسيطة كانت أم شديدة ، ومدى نكوصه النرجسى الذى يجعل من الصعب تحقيق العلاقة الطرحية فى التحليل النفسى »

(عبد الله عسكر ، ١٩٨٨ ، ١٨٢)

النزعات الغرزية الجزئية Partial Instinctive Impluse

إذا كان لظهور نظرية التحليل النفسى أثراً واضحاً ، قد أحدث ثورة منهجية فى مضمار المعرفة بصفة عامة ، والعلوم الانسانية بصفة خاصة ، فذلك لأن التحليل النفسى ليس مجرد معارف أو نظريات وصفية ، بل أنه منهج وإبستمولوچيا تؤكد على دور العقلانية العلمية فى تكوين الظاهرة النفسية بوصفها واقعة علمية تقبل التحليل والصياغة - بل والفهم لا مجرد التفسير .

فبالتحليل النفسى أصبحنا أمام علوم للنفس لاتريد لنفسها أن تبقى أسيرة للمعرفة التجريبية ، فإرتقى العلم إلى مستوى الوضع العلمى لتجاوزه عماء الظواهر من أجل الوصول إلى النظام الكامن من خلفها . فأصبح الانسان موضوعاً لضرب من المعرفة ، وبذلك استحق التحليل النفسى أن نقول عنه أنه طفل العلم المدلل الذى جاء ليشغل مركز الصدارة لا من خلال موضوعاته فحسب بل أفكاره التى قلبت لغة العلم أيضاً ، فهناك اللاشعور ، والرمز ، والخيال ، واللغة ، والرغبة ، والغرائز الجزئية و...

« ولقد أدخل فرويد مصطلح الغرائز الجزئية بصدد الحديث عن الغريزة الجنسية لدى العصابين ، ويعنى بها النظارية Scopophilia والاستعراضية Exhibitionism من ناحية ، والسادية Sadism والمازوخية Masochism من ناحية أخرى » .

(حسين عبد القادر محمد وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٣٣٧) .

وقبل أن نتكلم عن المتعدد فى الغرائز الجزئية (السادية ، المازوخية ، الاستعراضية ، النظارية) والتى يضيف إليها البعض - استناداً إلى فرويد نفسه - حفزات فمية من قبيل المص، والعض ، وحفزات شرجية ، تتصل كلتاهما بمناطق شبقية ، فإن الوقائع تلزم - أول ماتلزم - بأن نوضح دلالة هذا المفهوم ، وقبلها أن نوضح مقصد فرويد من مصطلح غريزة Instinct بعامة ***(حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٥ ، ٤)***

لقد أشار فرويد بأن الغريزة يستحيل أن تكون غائية بحال ، بل هى عليه دينامية تتمثل فى خبرة نفسية تنزع بالإنسان لهدف بعينه تبعا للمعنى النفسى للدفعة إذ هى الممثل النفسى للمنبهات التى تصدر عن الكائن الحى العضوى بقدر ماهى مقياس لتلك المطالب التى تفرضها الصلة بين النفسى والجسمى على الطاقة النفسية . ***(حسين عبد القادر محمد وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٣٣٥) .***

وهو مايعنى أن الموقف بكله موضوع خبرة نفسية لاغائية فيها ، فالدافع الغرزى مصدر الطاقة وموضوع للإشباع وهدف يتحقق الإشباع عبره ، إنه ايضاح لازم يزيل بعض اللبس الذى تسببت فيه ترجمة المصطلح فى اللغات الأجنبية ويدحضه الفهم الفرويدى للغريزة ، إلا أن هنا لبساً آخر نظن أن فرويد نفسه وقع فيه ، عندما اختلطت لديه الدفعات الغرزية الجزئية بإعتبارها طاقة (السادية – المازوخية – الاستعراضية – النظارية) بالمناطق الشبقية التى يمر بها الطفل فى مراحله الأولى من قبيل الحفزات الفمية والشرجية . (*حسين سعد الدين الحسينى ،* ١٩٩٥ ، ٥) .

وليس من المعقول أن نتحدث عن الغرائز الجزئية بحسبانها طاقات دافعة ونتحدث حيناً أخر عنها بحسبانها مسارح عمل أى مناطق شبقية ، ومن ثم ليس لها أن تدخل ضمن الغرائز الجزئية بمعنى الكلمة ، (*صلاح مخيمر (ب) ،* ١٩٨١، ٥ –٦)

وحل هذا التناقض فى ظننا ما بين المناطق والطاقات إنما نشأ فى ظل النقلة الكيفية للدفعين الغرزيين بإعتبارهما غرائز المحافظة على النوع (غرائز جنسية) وغرائز المحافظة على الذات (غرائز الأنا) فى ظل النظرية الأولى للغرائز ، والتى كتبت ثلاث مقالات فى نظرية الجنسية فى ظلها (عام ١٩٠٥) ، بينما جاءت النظرية الثانية (عام ١٩٢٠) ، فى كتابه ما وراء مبدأ اللذة لتستقر النظرية على عرشها كغرائز حياة فى مقابل غرائز موت ، لتندلع ديالكتيكية جديدة بين الجنس والعدوان ، وهنا لاتقتصر الدفعات الغرزية الجزئية والحال هذه بإعتبارها منتمية إلى الغرائز الجنسية فى عمومها ، بل هى نتاج دفعتين غرزتين الجنسية والعدوانية . (*حسين سعد الدين الحسينى،* ١٩٩٧ ، ٨ – ٩) وهكذا تكون الغرائز الجزئية فى الحقيقة هى العناصر الأولية الأولى التى تمثل امتزاج الجنسية والعدوانية معاً ، فالسادية غالبا ما تكون جنسية عدوانية وعدوانية جنسية تتجه بصاحبها ضد الموضوع الخارجى واليه ، فإذا ما انقلبت ضد ذات الفرد وإليها كان الحديث عن المازوخية ، وإذا كانت العين والنظرات ترمز على المستوى اللاشعورى إلى العضو الجنسى قضيباً كان أو مهبلاً فإن النظارية والاستعراضية ليست فى الواقع غير سادية ومازوخية على مستوى العين والنظرات.

كل ذلك يبدو منطقيا ويساير المعقولية بأكثر ما تنطوى عليه آراء فرويد ومع ذلك فقد يعدوا الأمر أكثر اتساقا وأعظم معقولية لو أننا إعتبرنا غرائز الموت بمثابة الطاقة الأساسية للحياة وبحيث تكون الجنسية شأنها شأن الايجابية وشأن التدميرية مجرد جنبات تعبيرية عن الغريزة الأساسية وتعنى غريزة الموت أو العدوانية . (*صلاح مخيمر(ب)،* ١٩٨١ ،٥ – ٦)

وهنا يحق لنا أن تختلف أيضا مع صلاح مخيمر عندما يقوم بإقتصاد يدفع إليه العلم ، لكنه قد يخل مع المبالغة فيه بوقائع مادية لدلالة الموضوع نفسه ، عندما رد جميع الغرائز الجزئية ليعتبرها مجرد استثمارات متباينة للعدوانية تتجه إلى الذات أو ضدها وإلى الموضوعات أو ضدها (*حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٧ ، ٩*) ونظنه هنا يغفل تلك الثنائية المتصارعة بين الجنسية والعدوانية واللتين تتداخلان منذ البدء متصارعتين فى الحياة النفسية حتى يتم إلتئامهما تحت سيطرة الحب فى السوية ، أو أن يظلا متصارعتين متفككين فتكون الغلبة للعدوانية .

وفى ضوء مانراه من أهمية لرد الكثرة للوحدة ، وفى ضوء الطبيعة الدينامية لكل دفعة من هذه الدفعات الأربعة نستطيع أن نربط ما بين السادية والنظارية حيث الأخيرة تقوم على التطلع بالنظر لما لدى الآخر فى لذة مشبوقة فتحقق من خلالها اللذة ، أننئذ نحن بإزاء جانب سادى ، بينما الاستعراضية والتى تتحقق فيها اللذة من استعراض أعضاء تناسلية فى ظروف غير ملائمة إنما هى فى صميمها مازوخية ، وهكذا يمكن رد المتعدد إلى إثنين ، فالنظارية سادية ، والإستعراضية مازوخية .

فإذا انتقلنا إلى الدفعات الغرزية الجزئية الأربع وهى : النظارية ، الاستعراضية ، السادية ، والمازوخية ، ورغم ارتباط السادية بالمازوخية فى عديد من المراجع ، ومع ربطنا ما بين النظارية و السادية من ناحية آخرى ، فإن الأمر يلزمنا بتناول كل بعد على حده

(*حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٥ ، ٨ - ١٠*) .

النظارية : Voyeurism , Scopophilia, Peeping,

مقدمة :

لقد أخذت كلمة التطلع الجنسى (*) (النظارية) من الكلمة الفرنسية (يرى) وقد أطلقها كوفيتتون على الرجال المتواجدين فى حدائق باريس ، والناظرون بشهوانية لمناظر جد مثيرة وذلك بشكل متكرر ... والنظارية بصفة عامة فى كلا الجنسين إلا أنه أكثر ظهوراً فى الرجال وبخاصة فى مرحلة المراهقة ، والبلوغ ، وقد تستمر لفترة متأخرة ولكنها تعبر آنذاك عن رد فعل غير ناضج ***(Oliven , J ., 1974 , p.490)***

وتدل التقارير على أن ظاهرة التلصص لدى النظاريين وبخاصة المراهقين منهم قد تتم بالمصادفة عبر رؤيتهم لفتيات عاريات ، مما قد يؤدى ذلك لحدوث إثارة جنسية لديهم ، وهذا بدوره أدى إلى بحثهم عن الفرص التى تتيح لهم رؤية الفتيات العاريات ومن هنا أصبح سلوك التلصص لديهم قهريا ، ومستقلاً عن النزعة الجنسية .

(Bellack , A., et al .,1982 , Pp. 701 - 702)

تعريفات النظارية

تعريف (عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤)

إنحراف جنسى مشتق من لذة النظر الطفولية Scopophilia وهى إحدى الغرائز الطفولية المتدرجة ، والنظارية تحل محل الفعل الجنسى الصريح والشخص الميال للنظارية يبحث دائما عن الإشباع بمشاهدة إمرأة عارية أو بمشاهدة أشخاص مجردين من الملابس أو حالة جماع جنسى وقد يصحب التطلع ممارسة العادة السرية ، والنظارية هى السلوك الجنسى الوحيد عند الخجول أو الذى تعرض لكف شديد ، ويرى بعض علماء النفس أن النظارى يسيطر عليه قلق الخصاء ، ويجد فى التطلع إشباعا جنسيا دون خطر.

(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤ ، ٩٥٩)

(*) لما كان المؤلف يقصد النظارية ، ونحسب أن التطلع الجنسى Voyeurism ترجمة لاسابقة لها فى التراجم العربية .. فآثرنا الترجمة التى استقرت ووضعناها بين قوسين .

تعريف (حسين عبد القادر وآخرون ، ١٩٩٣)

« نزعة غرزية جزئية تقوم على تشبيق الأحاسيس البصرية ، وعندما تكون مسرفة الشدة فهى تقاوم الإنتظار تحت زعامة الانسالية ومن عادة الأسوياء كما يذكر فرويد فى « ثلاث مقالات فى نظرية الجنسية ١٩٠٥ » أن يتوقفوا بدرجة أو بأخرى عند الهدف الجنسى المتوسط عندما يكتفون بالنظر المصبوغ بصبغة جنسية ، وقد « يتعالون» بالنظارية فى اتجاه الفن بأشكاله المتعددة أو البحث العلمى . وقد تصبح النظارية إنحرافا إذا ما اقتصرت على الأعضاء التناسلية وحدها . أو إذا ماحلت محل الهدف الجنسى السوى بدلاً من أن تكون مجرد تمهيداً له ..» *(حسين عبد القادر وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٨٠٠ – ٨٠١)*

تعريف كامبل (Campbell , R ., 1989)

واحدة من الانحرافات الجنسية التى يحصل الفرد من خلالها على متعة جنسية عبر مراقبة شخص غير مدرك ويكون إما عاريا ، أو فى أثناء عملية خلع الملابس ، أو الإندماج فى إتصال جنسى ، وليس ذلك فحسب فالمشاهدة أو الإستعادة التالية لها فى الخيال تعطى تلك المتعة الجنسية من خلال مصاحبتها بممارسة العادة السرية للوصول إلى الذروة الجنسية
(Campbell , R.,1989,p.800)

تعريف ولمان ، (Wolman , B., 1989)

لذة جنسية تنتج من النظر فى السر ، خاصة عند مشاهدة مواقف جنسية

(Wolman , B., 1989 , p.3630)

تعريف (فاخر عاقل ، ١٩٨٨).

سرور جنسى يحصل عليه من النظر إلى الجسم البشرى العارى أو الفعل الجنسى

(فاخر عاقل ، ١٩٨٨ ، ٣٤٣)

تعريف (حامد زهران ، ١٩٨٧)

هى التلذذ الجنسى بالمشاهدة والتطلع الجنسى *(حامد زهران ، ١٩٨٧ ، ٥٦١)*.

تعريف (عادل الأشول ، ١٩٨٧)

شذوذ جنسى يتضح فى إشتياق الفرد للإشباع الجنسى من خلال مشاهدة عمليات الجماع الجنسى للآخرين ***(عادل الأشول ، ١٩٨٧ ، ١٠١٠)***

تعريف ريبر ، (Reber , A.,1985)

أحد نماذج السلوك الجنسى التى يفضلها الفرد كوسيلة من وسائل الإثارة الجنسية ، وذلك عندما يحاول الفرد اختلاس النظر ، ومتابعة وملاحظة الآخرين وهم عرايا أو يمارسون أفعالا جنسية أو أثناء إندماجهم فى نشاط جنسى فعلى دون أن يكون الأخرين على وعى أو علم بأنه يلاحظهم ***(Reber,A.,1985,p.825)***

تعريف (شيلدون كاشدان ، ١٩٨٤)

هى حصول الفرد على الإشباع الجنسى من خلال إستراق النظر إلى إمرأة تخلع ثيابها أو إلى رجل وإمرأة فى وضع جنسى وغالبا مايلجأ الفرد إلى أساليب متخفية فى سبيل تحقيق إشباع حاجاته الجنسية وذلك لخوفه من الآخرين ***(شيلدون كاشدان ، ١٩٨٤ ، ٨٨)***

تعريف (فيصل محمد خير الزراد ، ١٩٨٤)

هى الحصول على اللذة الجنسية عن طريق مشاهدة عملية الجماع الجنسى بطريقة مباشرة أو عن طريق التخفى ، ويطلق على هذا الانحراف أحيانا اسم الفيورزم ، وغالبا مايكون الفرد المنحرف من المصابين بالضعف الجنسى ومن المعانين لحالات من الحرمان أو من الكبار المصابين بنوع من أمراض الشيخوخة ، وهذا الفرد يكون أكثر ميلا لمشاهدة الأفلام الجنسية والصور العارية وهو يتلذذ بدفع الغير للممارسة الجنسية بشتى صورها لدى الآخرين ، وقد يكون هذا الفرد قواداً للنساء ، وقد ترتكب الجريمة فى سبيل إشباع رغبته ويكون مضطربا سلوكيا ونفسيا وشخصيا ***(فيصل محمد خير الزراد ، ١٩٨٤ ، ١١٢)*** .

تعريف (أحمد زكى بدوى ، ١٩٨٢)

شذوذ جنسى يحقق به الفرد النشوة الجنسية بمشاهدة الاتصالات الجنسية أو النظر خلسة للمناطق الشبقية فى جسم الجنس الآخر ***(أحمد زكى بدوى ، ١٩٨٢ ، ٤٣٣)*** .

تعريف بيلاك وآخرون، (Bellack , A.,et al,1982)

هى الحصول على الإشباع الجنسى من خلال رؤية النظارى لنساء عاريات أو شبه عاريات بدون قبول أو موافقة هؤلاء النسوة ، وغالبا مايكون الفرد المنحرف من المصابين بالضعف العقلى ومدمنى الكحوليات ***(Bellack , A., et al , 1982 , Pp. 701 - 702)***

تعريف إيفانس ، (Evans , J.,1982)

هى القيام بالنظر للأعضاء الجنسية لشخص آخر ، وينظر اليها كانحراف عندما تصبح بديلة للعلاقات الجنسية الطبيعية وهى تختص بالذكور وبخاصة لدى المراهقين ***. (Evans,J.,1982,P.245)***

تعريف بينجتون ، (Bebbington , p., et al ., 1979)

النظارية هى الحصول على الإشباع الجنسى عبر النظر لسيدات عاريات لايعرفهن النظارى وغالبا ما يصاحب ذلك ممارسة العادة السرية ، ويتميز هذا النوع من الانحراف بضرورة تواجد عنصر المخاطرة من أجل تحقيق الإشباع ، والفرد المصاب بالنظارية عادة مايكون من المتشردين الجائلين ، ومدمنى الكحوليات ***(Bebbington, P., 1979 , p. 255)***

تعريف ديفسون ،ونيل (Davison , G., & Neal , J., 1974)

هى الحصول على المتعة الجنسية عبر استخدام أساليب غير مقبولة إجتماعيا من قبيل مراقبة السيدات ، عبر النوافذ وهن عاريات وغالبا مايصاحب ذلك ممارسة العادة السرية سواء أكان ذلك أثناء عملية التلصص أم بعدها مباشرة

(Davison, G.,& Neal,J.,1974,p.278)

تعريف ولفك ، وبينيث ، (Wulfeck , J. & Bennett , E ., 1954)

هى الحصول على الإشباع الجنسى عبر النظر للأعضاء الجنسية لأحد أفراد الجنس لآخر ، وبمعناها الواسع فتشير للنظر إلى مالايجب على المرء رؤيته ، وبمعناها الخاص فهى تعنى ممارسة الإثارة الجنسية أو الإشباع عبر النظّر لأشياء ذات دلالة جنسية من قبيل رؤية السيدات وهن عاريات ***(Wulfeck, J. & Bennett, E .,1954 , Pp. 110 - 111)***

خلاصة وتعقيب :

على الرغم من تعدد تعريفات العلماء والباحثين لمفهوم النظارية إلا أن هناك أوجه إتفاق بينهم على أن النظارية هى انحراف أو شذوذ جنسى يحصل الفرد من خلالها على المتعة الجنسية عبر مراقبته لمواقف أو أفعال جنسية دون أن يكون الآخرون على وعى بأنه يراقبهم . وبخاصة إذا ما حلت محل الهدف الجنسى السوى بدلا من كونها تمهيداً له . (*حسين عبد القادر محمد وآخرون ، ١٩٩٣*) . *(Evans, J,1982)*

وقد أكدت بعض التعريفات على أهمية مصاحبة العادة السرية لعملية التلصص من قبيل (*عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤*) ، *(Davison , G. & Neal , J- 1974)* وما للخيال من دور هام فى الوصول إلى الذروة الجنسية *(Campbell , R. 1989*) . كما أكدت بعض التعريفات على أهمية تواجد عنصر المخاطرة من أجل تحقيق الإشباع *(Bebbington,P.,1979)* وهذا مايدفع البعض منهم لاستخدام أساليب متخفية فى سبيل تحقيق إشباع حاجاتهم الجنسية *(Reber,A,1985)* ، (*شيلدون كاشدان ، ١٩٨٤*)

وقد أوضحت بعض التعريفات بأن الفرد المصاب بهذا الانحراف غالبا مايكون من المصابين بالضعف الجنسى ، ومن المعانين لحالات من الحرمان أو من الكبار المصابين بالضعف العقلى ، ومدمنى الكحوليات والمتشردين الجائلين.

(Bebbington , 1979) ، *(Bellack,A.et al ,1982)*

وفى ضوء ذلك يعرف الباحث الحالى النظارية بأنها :

انحراف جنسى يحصل فيه الفرد على المتعة الجنسية عبر استخدامه لأساليب متخفية من قبيل رؤيته عبر النوافذ لسيدات عاريات أو للأعضاء الجنسية لأفراد الجنس الآخر ، أو مشاهدته لاتصال جنسى بين رجل وإمرأة دون أن يكونوا على وعى بذلك وغالبا مايكون ذلك مصحوبا بممارسة العادة السرية سواء أكان ذلك أثناء عملية التلصص أم بعدها مباشرة ، لذا يلعب عنصرى المخاطرة والخيال دوراً كبيراً فى تحقيق ذروة الإشباع الجنسى.

أنواع النظارية :

لقد قسم *(Oliven , J., 1974)* النظاريين إلى ثلاث فئات :

الفئة الأولى : ويمثلها النظارى الجنسى غير الناضج عاطفيا ، وهو أكثر أنواع التلصص شيوعا لذا يطلق عليه (متلصص الفرص) إذ يحرص على ألا يضيع منه فرصة لرؤية منظر مغرى ليس ذلك فحسب بل نجدة يقوم بالحديث مع أصدقائه عن غرامة لشباك معين أو لمواقع أو أماكن مفضلة كما يتطلع دائما لأن يكون بمفردة بالمنزل حتى يتمكن من إستخدام منظاره المكبر فى رؤية المنازل المجاورة ، ويكون اهتمامه الشهوانى متجها نحو النساء .

وكلما كانت لديه القدرة على رؤيتهم وتخيلهم ، كلما ازدادت استثارته الجنسية وإذا أتاحت له الظروف رؤية جماع جنسى فيكون نظره مركزاً على المرأة ولا يتخيل شريكها ، بل يتخيل نفسه وهو يمارس الجنس معها ومع ذلك فإننا نجدهم فى الواقع لايجرؤن على إقامة علاقات جنسية معهم إذ أنهم سلبيون وخائفون ولديهم كف إجتماعى لذا نجد العديد من المتلصصين غير الناضجين يكونون من المدمنين الشرهين للعادة السرية .

الفئة الثانية : ويمثلها النظارى القهرى والذى عادة مايكون وسواسيا أو مندفعا تجاه مشاهداته التى قد يصل به الأمر لتدوين مايراه فى أحد السجلات محددا زمن حدوثها ومكانها كما قد يكون منحرفا جائلا ، وصانع فرص ، ولديه أماكنه ونوافذه ، ومنازله ، ويتبع نظاما خاصا عندما يتملكه الدافع ، إذ يتوقف حصوله على الإثارة الجنسية من خلال مايراه وربما يمارس العادة السرية فى أثناء عملية التلصص لذا يلعب الخيال دوراً أساسيا فى إحداث الإثارة الجنسية لديه من خلال السادية الكامنة بداخله والتى تحقق الإشباع والمتعة لديه وذلك من خلال تخيله للضحية وهى عارية بدون ملابسها ومن ثم يستطيع توقيع الإهانة والرعب والتخويف على الضحية وقد يغتصبها إذا رغب فى ذلك لذا نجد البعض منهم يجرؤن على إرتكاب الجرائم الجنسية إلا أن الغالبية العظمى منهم لايقومون بذلك.

الفئة الثالثة : ويمثلها النظاريون العدوانيون ويكثر هذا النوع من التلصص بين الشخصيات السيكوباتية من قبيل المتسولين ، والمتشردين بجانب المتأخرين عقليا وقد وجد أن هذه الفئة من النظاريين قد تطور فيما بعد إلى قيام النظارى بعملية الاغتصاب وتتميز هذه الفئة بالمرونة فى إستخدام الخيال لمشهد التلصص للحصول على إشباعاتهم الجنسية.

(Oliven , J., 1974 , Pp. 491 - 492)

ديناميات الشخصية النظارية :

تشير النظارية أول ما تشير إلى مايقوم به النظر من دور فعال فى الحصول على إشباع غرزى جنسى (خلسة أو علانية) (*حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٥ ، ١٤*) هذا وقد ربط فرويد بين اللمس والنظر لبلوغ الهدف الجنسى ، حيث اعتبر النظر مستمداً من اللمس ولما يزل الانطباع البصرى طريقا يفضى عادة إلى التهيج الليبيدى والانتخاب الطبيعى واعتبر أن موقف الحضارة ومسايرتها فيما يتصل بستر الجسد تدريجيا يوقظ التطلع الجنسى الذى يسعى إلى تكملة الموضوع الجنسى بالكشف عن أجزائه المستورة وهو ما يمكن تحويله جهة الفن ، لكنه يصبح انحرافا إذا اقتصر على الأعضاء التناسلية وحدها أو ارتبط بالاشمئزاز كما هو الحال لدى محبى النظر الذين ينظرون إلى وظائف الإخراج أو إذا حلت النظارية محل الهدف الجنسى السوى (*سيجموند فرويد ، ١٩٦٣ ، ٤٧ - ٤٨*) مما يشير إلى شحن زائد للطاقة الغرزية الجزئية كمحاولة لإنكار الخصاء ، وعادة ما ينكص المنحرفون لهذا الهدف الطفلى (*حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٥ ، ١٥*) .

وتشجع الحضارة سلوك النظر الجنسى ، فهناك كثير من الأمثلة تمثل انحرافات تعتمد على المثيرات البصرية ، وتعمل على تنبيه الجنس واستثارته ، ومنها المجلات التى تتخصص فى عرض صور البنات ، التى تخاطب النظر الجنسى وقراءة المجلات الإباحية ، والأدب الاباحى ، وكذلك الأفلام السينمائية التى اصطلح على دمغها بالحرف(X) ، والإعلانات المختلفة التى يعرض فيها الإنسان عرضا مثيرا . (*شيلدون كاشدان ، ١٩٨٤ ، ٨٨ - ٨٩*) وغالبا ما يصاحب ذلك ممارستهم للعادة السرية سواء أكان ذلك أثناء التلصص أم بعدها مباشرة ، ويبدو عنصر المخاطرة مهما للإثارة الجنسية لدى النظارى. لذا نجد بعض النظاريين يتخذون متعة خاصة من خلال مراقبة فردين يمارسان العلاقة الجنسية فى جو من السرية .

والنظاريون يميلون للخوف من الاتصال الجنسى المباشر مع الآخرين وعملية تلصصهم تلك تعمل كبديل للإشباع ***(Davison , G .& Neal, J.,1974, P.278)*** فالنظارى مثل الاستعراضى عادة مايكون خجولا ، وغير عنيف بجانب أنه غير كفء جنسيا , ***(Haas K.,1979, p. 237)*** كما تم وصفهم كأفراد منعزلين ليس لديهم أى علاقات إجتماعية مع الآخرين ***(Bellack,A.,et al,1982,p.702)*** .

وعند النساء تتجه النظارية بشكل أو بآخر إلى مشاهدة المصائب والحوادث ومشاهد الحرب والعمليات الجراحية ، وهذه النظارية تمثل نزعات إخصائية سادية إيجابية ، وقد إنخفضت من الفعل إلى المشاهدة ، فإحلال النظر محل الفعل يجعل الأشخاص الذين يعانون صراعا حول ما إذا كانوا يستمرون أولا يستمرن مع حفزة ما يتطلعون إلى شخص آخر يؤدى عنهم الفعل ***(أوتوفينخل، ١٩٦٩ ، ٦٣٤)***.

فالمنحرفون النظاريون يتوحدون على نحو لاشعورى بالموضوع الذى يشاهدونه ، ومن هنا فهم يعيشون إشباعا استعراضيا على المستوى اللاشعورى ، ومن ثم فنظاريتهم تعتبر بمثابة إنكار للرغبة الأصلية الاستعراضية وإشباع للمتطلبات اللاشعورية للأنا العليا ، ومن هنا فإن الانحرافات تنتج من ميكانيزمات دفاعية تتكشف عن تكوين مصالحات ترضى عنها الأنا ، إذ لا يهتم المنحرفون النظاريون والاستعراضيون بإشباع رغباتهم إلا عندما يكون هذا الإشباع ممنوعا ، فالنزعات العدوانية شأنها شأن النزعات الجنسية يمكن أن تلقى الإشباع ***(سامية القطان ، ١٩٨١ ، ٥٨)***.

ففى لاشعور النظاريون توجد نفس النزعات التى هى عند الإستعراضيين فالخبرات الطفلية التى تم تثبيت النظاريين عليها ، أحيانا تكون مشاهد حققت الطمأنينة ولكن فى الغالب الأعم يكون النظاريون مثبتين على خبرات قد أثارت لديهم قلق الخصاء ، من مشاهد بدائية أو رؤية أعضاء إنسال الراشدين فقد تنشأ لدى النظاريين حالات من الشره ، وقد تؤدى هذه الحالة من الشره والولع بالنظر إلى الموضوعات إلى ازاحة اهتمام النظارى من أعضاء الإنسال إلى أنشطة اللذة التمهيدية والقبل إنسالية ، وقد تكشف الرغبة النظارية عن دلالة سادية تتمثل فى إزاحة الاهتمام من التدمير (الإخصاء) إلى النظر لتجنب مشاعر الإثم والشعور بالذنب وكقاعدة عامة ، فإنهم يفشلون فى ذلك ، حيث يكتسب النظر الدلالة اللاشعورية للخفرة الأصلية ***(أوتوفينخل ، ١٩٦٩ ، ٦٣١ – ٦٣٣)*** .

حيث إنهم يزيحون إهتمامهم من الخصاء إلى النظر لتحقيق لذة مطمئنة تتصل بقدرات مطلقة سحرية ، تتسم بالطبيعة المسرفة فى التناقض الوجدانى ، وفى كل الأحوال هاهى النظارية تتصل مرة أخرى بالاستعراضية (سادية) التى تمثل الجانب السلبى للنظارية (مازوخية) ***(حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٥ ، ١٥)***.

الاستعراضية : Exhibitionism

مقدمة :

تمثل الاستعراضية تعرية قهرية لأعضاء التناسل أو إزاحتها لمناطق أخرى من البدن ، للحصول على النشوة من جذب انتباه الآخرين واستثارتهم أو غوايتهم أو الترويح عنهم بما تتخذه من طابع مسرحى للذات ، ويعطى الاستعراض فى ذاته هياجا جنسيا ، وإن لم يحقق مدى أبعد من ذلك فى الإتصال بضحيته (*حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٥، ١٥*) .

والدافع للاستعراض يظهر مبكراً فى شكل استعراض للأعضاء ثم يخضع بعد ذلك لبعض التعديلات فينتقل الدافع من المناطق العضوية للجسد إلى المنطقة الفمية والذى يظهر فى لذة الكلام ، ثم يظهر بعد ذلك من خلال الاهتمام بالملابس وإمتلاك الأجهزة المادية ... وقد يعبر عن نفسه فى نطاق رد الفعل المنعكس من خلال النفور لعرض من نوع ما ، ولعل ذلك يؤكد لنا مقولة فرويد بأن « الاستعراضية تتضمن بداخلها حب التحديق فى جسد الآخر » .
(Campbell , R., 1989 , p.270)

والاستعراضية تعد بمثابة انحرف عندما يقوم البالغ بالحصول على الاشباع الجنسى عبر استعراض أعضاؤه الجنسية أمام إمرأة أو أطفال يشاهدونه لا إراديا، وعادة مايكونوا غرباء ، والاستعراضى قد يقود سيارته أو يمشى أمام سيده عابره الطريق بينما يكون هو مكشوف الأعضاء ، وعادة مايكون فى حالة إنتصاب ، ويعقب ذلك هروب الاستعراضى بمجرد أن تراه الضحية على الفور والاستعراضى مثل المتلصص لايقوم فى العادة بمهاجمة ضحيته ، ولكن إشباعه يأتى من مراقبته لرد الفعل الناجم عن تصرفه الفاضح والذى يتخذ أشكالا عديدة من قبيل الدهشة الشديدة والخوف ، والاشمئزاز » ***(Davison, G,&Neal,J.,1974,p.280)*** لذا يلعب عنصر المفاجأة دوراً هاما فى تحقيق المتعة لديهم وقد وجد أن الاستعراضى قد يعرض نفسه أمام النساء لا لمجرد الحصول على المتعة بقدر ما يؤدى ذلك التصرف إلى ازالة حالة التوتر الداخلى التى تكونت لديه والتى ينتابه خلالها حالة من حدة الطبع ، وعدم الاستقرار ، والصداع بجانب إحساس غريب بالابتهاج ، وهذه السمات تعطى أهمية كبرى للنظرية التى تربط مابين العرض الاستعراضى القهرى ، وبين تفريغ الشحنات غير الطبيعية فى الفصوص الدماغية ***(Olvien , J.,1974, P. 489)*** كنتيجة لتطورات الخيال المتزايدة لذا فمن الممكن إحداث تغير فى الأداء الاستعراضى من خلال عوامل

داخلية من قبيل أحاسيس الشفقة على الذات ، والملل ، والغضب ، والفشل بجانب عوامل خارجية من قبيل دفء الجو ، والمتنزهات، وارتداء الفتيات للجونلات القصيرة ، وذلك على اعتبار أن هذه العوامل تمثل الشروط اللازمة للقيام بالكشف الفاضح .

(Wickramasekera , I., 1972 , Pp. 207 - 210)

« ويكشف لنا دائما تاريخ الإظهاريين [1] (الاستعراضيين) عن ميل المريض الزائد إلى أمه ، الأمر الذى يؤدى به إلى أن ينمو نمواً انفعاليا غير مكتمل ، والاستعراضية مظهر عصابى ووسيلة دفاعية يلجأ إليها المريض ليلفت نظر المشاهد إليه ، وليجبره على أن يشاهد مايريد أن يظهره له ، وتتصف النساء عموماً بنوع عام من الاستعراضية يتقبلها المجتمع ويعدها طبيعية ، ويفسرها البعض بأنه مظهر لحسد القضيب وتعويض عن نقصهن ، ويرى البعض أن الاستعراضية وسيلة دفاعية يلجأ إليها بعض المرضى بالاكتئاب والبرود الجنسى ، والخوف من فقدان الهوية (كأنما يقول لنفسه هأنذا قد لفت نظر الناس ، فأنا موضع نظرهم ، فأنا موجود فعلا) ومعظم الاستعراضيين فى العشرينات من العمر ، وأكثرهم مراهقون ***(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤ ، ٢٨٧)*** .

ومن المثير للجدل أن بعض النظريات تنظر للاستعراضية لدى المراهقين باعتبارها سلوك إجتماعى عن كونها أعراضا نفسية مرضية ، وأنها تعد بمثابة تفاعل استراتيجى بالنسبة لمرحلة المراهقة ***(Green , D.,1987)*** .

تعريفات الإستعراضية :

١ - يقدم (عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤) تعريفا للاستعراضية :

يتضمن حب الظهور أو الاستعراض ، بحيث يحقق الفرد بعض الإشباع الغريزى بعرض نفسه ويفوز الإنسان السوى بمتعة ثانوية بأن يكون محط الأنظار ، بينما يفوز المنحرف أو المريض بمتعة رئيسية تصل إلى حد الإنزال عندما يلفت الأنظار إليه ، ويظهر التعرى أو الإظهار الطفولى للعورة فيما بعد ، فى شكل إنحراف جنسى ، هدفة إثارة الدوافع الجنسية ***(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤ ، ٢٨٧)*** .

---

(١) لما كان المؤلف يقصد الاستعراضيين ، ونحسب أن الاظهاريين ترجمة لا سابقة لها فى التراجم العربية لغيره .. فآثرنا الترجمة التى استقرت ووضعناها بين قوسين .

تعريف (حسين عبد القادر محمد وآخرون ،١٩٩٢)

احدى الدفعات الغريزية الجزئية القهرية والتى تشير الى أن الدافع الغريزى الجنسى يوجد منذ البدء في حالة متعددة الأشكال ، والاستعراضية هى الوجه السالب للنظارية عندما تحل محل الهدف الجنسى السوى وتقهر صاحبها أوصاحبتها لعرض الاعضاء التناسلية أو أجزاء أخرى من البدن يلزم الواقع بسترها ، ويكشف التحليل النفسى لهذا الانحراف « وفى جل الانحرافات » عن تنوع غير متوقع من الدوافع والدلالات، وان كان الدافع القهرى للاستعراضية وثيق الصلة بعقدة الخصاء ، ففيه تأكيد دائم لسلامة الأعضاء التناسلية لدى الذكور واستعادة للإشباع الطفلى الناتج عن عطل المرأة من القضيب بالنسبة للإناث ، وقد يصل الإنحراف لأقصى مداه عند ماتحل الاستعراضية محل الهدف الجنسى السوى وهو أمر غالب لدى هذه الزمرة من المرضى بهذا الانحراف *(حسين عبد القادر محمد وآخرون ، ١٩٩٢ ، ٨٤ - ٨٥)*

تعريف جومز ، (Gomez , Z.,1991)

انحراف جنسى مسبب للضيق أكثر من كونه تهديداً ، وهو يختص بالذكور دون الإناث ، وفيه يقوم الفرد بعرض قضيبه أمام الموضوع والذى عادة ما يكون فتيات المدارس بهدف إصابتهم بنوع من الصدمة ، وإثارة الدهشة ، وعلى الضحية عدم السخرية أو الضحك أو الاستهزاء بالمستعرض حيث يؤدى ذلك إلى قيامه بضرب الضحية ، ولكنه لايقود لعملية الإغتصاب ***(Gomez , Z., 1991 , p. 108)***

تعريف كامبل ، (Campbell , R., 1989)

أحد الاضطرابات الجنسية التى تتضح عبر قيام الفرد بعرض متكرر للأعضاء التناسلية للأغراب ، مما يترتب عليه تحقيق متعة جنسية دون البحث عن إتصال جنسى مع الضحية ، والاستعراضية مقتصرة على الرجال والضحية عادة ما تكون سيدة بالغة أو طفلة

(Campbell , R., 1989 , p. 270)

تعريف (فاخر عاقل ،١٩٨٨) :

هى نزوع قسرى لعرض أجزاء من الجسد ، عادة الأعضاء الجنسية من أجل الإثارة الجنسية . بقدر ما تمثل نزعة إلى توجيه إنتباه الآخرين نحو الذات .

(فاخر عاقل ، ١٩٨٨ ، ١٤٠)

٦ - **تعريف (كمال دسوقى ،١٩٨٨) .**

انحراف جنسى يقوم فيه الفرد بالكشف غير المهذب لأعضائه التناسلية بغرض الحصول على الإثارة الجنسية ، وذلك فى حضرة شخص يمثل الموقف الأوديبى ، بقدر ما تمثل الاستعراضية ميل لجذب الانتباه لذات المرء ، وغالبا ما يكون هؤلاء الأفراد من ضعاف العقول، والمرضى العقليين ، وقد تنتقل الاستعراضية بالتدريج من المنطقة التناسلية من الجسم ككل إلى منطقة الفم (لذة الكلام) ، والملابس والدراميات ، أو بامتلاك أصول مادية.

(كمال دسوقى ، ١٩٨٨ ، ٥١٨ - ٥١٩)

تعريف (أسعد رزق ،١٩٨٧)

الاستعراضية بمعناها العام هى كل تصرف أو عمل يتسم بالإفراط من أجل جذب إنتباه الغير وبغية حب الظهور ، وفى معناها الخاص على صعيد التحليل النفسانى هى إظهار طفولى للجنس يتبدى كإنحراف جنسى فيما بعد من خلال السلوك الذى يتعمد إستثارة الدوافع الجنسية ويخرج عن أصول اللياقة حتى أنه يؤدى إلى توفير الإشباع والإمتاع الجنسى عن طريق عرض الجسم أو بعض أعضائه بصورة غير لائقة ***(أسعد رزق ، ١٩٨٧ ، ٣٧)***

تعريف (حامد زهران ،١٩٨٧)

هى حصول الفرد على الإشباع الجنسى عبر قيامه بكشف أعضائه الجنسية أمام أفراد الجنس الآخر ***(حامد زهران ، ١٩٨٧ ، ١٧٧)***

تعريف (سعد جلال ،١٩٨٦) .

هى كشف العورة علنا للنساء فى مكان عام مما يضفى على الفاعل لذة جنسية لايجدها فى غير هذا الفعل ، والمصابون بهذا الإنحراف عادة مايكونوا من الرجال المسنين ، وهم غالبا خجولون يعتريهم شعور بالعار مع فقدان القدرة على التحكم فى دوافعهم ، ويرجع ذلك لعدم حل عقدة أوديب بجانب عقدة الخصاء عند الفرد ، ***(سعد جلال ، ١٩٨٦ ، ٤٢٠)***

تعريف (محمود هاشم الودرنى ،١٩٨٦)

إضطراب يشعر فيه الرجل بحاجة ملحة إلى كشف أعضائه الجنسية ويشعر من خلال ذلك بإثارة جنسية شديدة قد تؤدى به إلى النشوة ***(محمود هاشم الودرنى ، ١٩٨٦ ، ٩٢)***

تعريف ريبر ، (Reber, A.,1985)

الاستعراضية بصفة عامة ، ذلك الاتجاه القوى الذى يجعل الفرد يتخذ من نفسه مركزاً ثابتا للانتباه ، ويصف البعض الاستعراضية بأنها قهرية عندما يضطر الفرد لعرض أعضائه التناسلية في ظروف غير ملائمة إجتماعيا وتختلف الإستعراضية Exhibitionism عن الحاجة للاستعراضية Exhibitionistic Need والتى تعنى حاجة الفرد الملحة لأن يكون مركزاً لجاذبية أو تسلية الآخرين ، والترويح عنهم أو إثارتهم ، أو حتى إحداث الصدمة لهم. ***(Reber, A.,1985,p.255)***

تعريف (أحمد زكى بدوى ، ١٩٨٢)

الاستعراضية هى جهد مفرط لجذب الإنتباه أو ميل الفرد الشديد نحو عرض سيارته أو بعض أعضائه أمام الجماعة بشكل خارج عن اللياقة ، بقدر ما ينطبق المعنى على ميل الفرد لعرض جزء من الجسد يُسترعاده ، وخاصة أعضاء التناسل ، وذلك من أجل تحقيق النشوة الجنسية. ***(أحمد زكى بدوى ، ١٩٨٢ ، ١٤٥)***

تعريف بيللاك ،(Bellack , A.,1982)

إنحراف جنسى يختص به الذكور ، وفيه يحصل الفرد على الإثارة الجنسية عن طريق إستعراض قضيبه أمام النساء فى أحد الأماكن العامة ، وعادة ما تكون هؤلاء النساء من الأغراب. ***(Bellack , A.,1982 ,P.699)***

أما عن تعريف إيفانس ، (Evans , J.,1982)

فقد أكد على أهمية إقتصار مصطلح الاستعراضية على تلك الحركات التى يقوم بها الولد بعرض وكشف أعضائه التناسلية لعدد من أفراد الجنس الآخر وذلك خارج نطاق العمل الجنسى إذ أن ذلك يجلب للشخص المستعرض المتعة والإثارة وهو مالا يحدث عند الفتيات وربما يرجع ذلك لاختلاف المكون العدوانى للذكر عن الأنثى وإذا حدث وقامت الفتاة بالاستعراض فإن ذلك يعتبر بمثابة دعوة صريحة للرغبة فى الجماع وليس نوعا من الإستعراض . ***(Evans ,J., 1982 , Pp. 280 - 281)***

تعريف هاس ، (Haas , K., 1979)

انحراف جنسى يختص بالرجال ممن تتراوح أعمارهم الزمنية فى الثلاثينات أو أكثر ، ويتمثل العرض الأساسى لديهم فى إظهار العضو الذكرى ، ومن الجائز أن يقوموا ببعض التعليقات الجنسية أو الإشارات الفاضحة أمام النساء وذلك لحصولهم على المتعة الجنسية من خلال مشاهدة رد الفعل على الضحية والتى تتخذ فى أغلب الأحوال صرخات الفزع والاندهاش ***(Haas , K., 1979 , p. 236)***

تعريف أوليفن ، (Oliven , J . , 1974)

انحراف جنسى اضطرارى يقوم فيه الفرد بعرض قضيبه منتصباً فى أغلب الأحوال أمام فتاة أو أكثر من الغرباء ، وعادة مايكون ذلك فى الأماكن العامة ، وينتشر هذا الانحراف لدى الرجال بدرجة تفوق حدوثها فى النساء بـ ١٥ مرة ، وبخاصة فى المرحلة العمرية ما بين (١٤ – ١٧) سنة ***(Oliven , J ., 1974 , p. 468)***

تعريف ولفك ، وبينيت ، (Wulfeck, z. & Bennett,E.,1954)

تشير الاستعراضية من الناحية الجنسية للاستعراض المباشر أو الرمزى لخصائص الفرد الجنسية من قبيل قيام النساء بالكشف الفاضح ، وتعرية الثياب ، وإرتداء الملابس الداخلية ، وملابس السباحة ، وفساتين السهرة أما من الناحية غير الجنسية فهى تعنى التقديم ، وعرض الذات ، أو بعض الجوانب الرمزية للذات من قبيل إستخدام الكروت الشخصية ، والخطابات الموقعة ، والسيارات الفاخرة ، والمنازل الكبيرة التى ماهى إلا أشكال للاستعراضية الشخصية ***(Wulfeck , Z. & Bennett , E., 1954, Pp. 48 - 49)***

خلاصة وتعقيب :

باستعراض التعريفات التى تناولت مفهوم الاستعراضية نجد أن هناك أوجه اتفاق وإختلاف بين هذه التعريفات . فالبعض ينظر إلى الاستعراضية باعتبارها إنحرافا جنسيا يتمثل فى عرض الفرد لأعضائه التناسلية بصورة قهرية أمام الآخرين ***(حسين عبد القادر وآخرون ، ١٩٩٣)*** ، ***(جومز ، Gomez, z.,1991)*** ، ***(كامبل ، Campbell, R.,1989)*** ، (سعد جلال ، ١٩٨٦) ، ***(محمود هاشم الودرنى ، ١٩٨٦)*** ، ***(بيلاك، Bellack , A.,1982)***، ***(إيفانس ، Evans , J., 1982)*** ، ***(هاس ، Haas , K., 1979)*** ، ***(أوليفن ، Oliven, J. ,1979)***

بينما تنظر بعض التعريفات الأخرى للاستعراضية بأنها ليست إنحرافا جنسيا فحسب فهى تتخذ فى الوقت نفسه أشكالاً غير جنسية هدفها توجيه انتباه الآخرين نحو الذات ، من قبيل استخدام الكروت الشخصية والخطابات الموقعة ، والسيارات الفاخرة ، وإمتلاك المنازل الكبيرة التى ماهى إلا أشكال للاستعراضية الشخصية ***(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤)*** ، ***(فاخر عاقل ، ١٩٨٨)*** ، ***(كمال دسوقى ، ١٩٨٨)*** ، ***(أسعد رزق ، ١٩٨٧)*** ، ***(حامد زهران ، ١٩٨٧)*** ، ***(احمد زكى بدوى ، ١٩٨٢)*** ، ***(Wulfeck , J. & Bennett , E., 1954)*** .

وهنا يفرق لنا ***(ريبر Reber, A.,1985)*** بين الاستعراضية Exhibitionism كانحراف جنسى والحاجة للاستعراضية Exhibitionistic Need حيث تعنى الأولى قيام الفرد بعرض أعضائه التناسلية فى ظروف غير ملائمة إجتماعيا أمام الآخرين بينما تعنى الثانية حاجة الفرد الملحة لأن يكون مركزاً لجاذبية أو تسلية الآخرين والترويح عنهم أو إثارتهم ***(Reber,A.,1985)*** .

وبالإضافة إلى ذلك نجد أن هناك بعض التعريفات قد اقتصر فيها مفهوم الاستعراضية على الذكور دون الإناث ***(جومز، Gomez , z., 1991)*** ، ***(كامبل، Campbell,R ., 1989)*** ، ***(سعد جلال ، ١٩٨٦)*** ، ***(محمود هاشم الودرنى ، ١٩٨٦)*** ، ***(بيلاك ، Bellack,A.,1982)***، ***(إيفانس ، Evans, J.,1982)*** ، ***(هاس ، Haas, K.,1979)***
وأبسط دليل يدحض هذا الفهم القاصر مانراه من نزعات استعراضية فى الملابس والأطر التشبيقية التى تتبدى لدى جمهرة من النساء ، فتعريض الفرد لنفسه للحصول على الإشباع الغرزى من خلال الاستعراضية مرتعا نراه لدى الرجال والنساء على السواء ***(حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٥ ، ١٦)*** .

كما أشارت بعض التعريفات على أن الضحية غالبا ما تكون من فتيات المدارس أو من النساء البالغات غير المتزوجات (جـومـز ، *Gomez , z ., 1991*)، (كامبل *Campbell , R., 1989،*) ، (بيلاك ، *Bellack, A.,1982*) وذلك لإحداث نوع من الصدمة وإثارة الدهشة لدى الضحية حتى يحصل الإستعراض على متعتة الجنسية (جومز ، *Gomez,z.,1991*) ، (ريبر ، *Reber, A.,1985*) ، (هاس *Haas,K.,1979*) دون البحث عن اتصال جنسي مع الضحية (كامبل، *Campbell , R. 1989*) وذلك على اعتبار أن الدافع القهرى للإستعراض وثيق الصلة بعقدة الخصاء (**حسين عبد القادر محمد وأخرون، ١٩٩٣**) .

وبناء على ما سبق يعرف الباحث الحالى الاستعراضية على أنها : -

انحراف جنسي يقوم فيه الفرد بعرض أعضائة التناسلية أمام أفراد الجنس الأخر خارج نطاق الفعل الجنسى بطريقة متكررة وقهرية بهدف الحصول على المتعة الجنسية وذلك من خلال مشاهدة رد الفعل على الضحية والتى تتخذ فى أغلب الأحول الدهشة ، والذهول ، والفزع ....بقدر ماتمثل الاستعراضية فى الوقت نفسة حاجة الفرد لجذب انتباه الآخرين نحو الذات من أجل الحصول على اشباع غريزى بواسطة نشاط جسمي من قبيل المبالغة عند الحديث عن الذات ، والتحدث عن مميزات شخصية غير موجودة ، وهو مايشير إلى أن الاستعراضية يمكن إزاحتها من الأعضاء التناسلية للفرد إلى مناطق أخرى من الجسم .

أنواع الاستعراضية : -

قام (روزن ، *Rosen,1964*) بتقسيم الاستعراضيين لنوعين : -

١ - النموذج العدوانى البسيط : - Simple Regressive Type

وفى هذا النموذج يحدث الفعل الاستعراضى نتيجه صدمات اجتماعية أو جنسية واضحة أونتيجة فقدان أو حدوث خيبة أمل أومصاحبة لمرضى عقلى أوجسمى شديد ، بقدر ما يتواجد شعور بالمتعة الجنسية الداخلية .

٢ - النموذج المخاوفى : - Phobic impulsive Type

وفى هذا النموذج تكون اضطرابات الشخصية أكثر حدة ، فالعرض الفاضح يحدث نتيجة لموقف غير جنسى يثير التوتر وإن اتخذ معنى رمزى نتيجة لفقدان الامان ، والخوف من الخصاء .

ويربط (روزن ، *Rosen,1964*) الاستعراضية بالنظارية حيث يتشابة الانحرافيون فى استمداد المتعة الجنسية من النظر لمثيرات جنسية ، ففى حالة الاستعراضية يفترض حدوث المتعة للشخص الاخر ، أما فى النظارية فالمتعة تحدث للشخص الذى ينظر لموقف الإثارة هذا من ناحية ، ومن ناحية آخرى فقد أوضح المسح الذى قام به « روزن » لمجموعة تتكون من (٢٤) استعراضيا تم علاجهم بطريقة العلاج التحليلي النفسى فى عيادة « بورتمان » لفترة تفوق العامين أن هناك موازنة وظيفية بين الاستعراضية والتعبير عن العدوان ، وقد تم استمداد ذلك من الحقيقة التى تقر إمكانية التعامل بصورة غير مباشرة مع الجانب الجنسي للمرضى ، وذلك من خلال مناقشة عدوانهم . *(In Eysenck, H., 1972 , Pp.148 - 165)* .

أما (*محمود هاشم الودرنى ، ١٩٨٦*) فيقسم الاستعراضية الى نوعين : –

الاستعراض القسرى : -

حيث يشعر المريض بدافع لايقاوم للتعرى فى مكان عام ، ترتفع فية درجة الحصر والتوتر وينتهى بنشوة جنسية آلية ، وغالبا ما يتكرر ذلك فى نفس المكان والموعد ، وقد يقترن الاستعراض باضطرابات عصابية رهابية وسواسية تدفع فيها مشاعر الذنب الشديدة المريض إلى السعى وراء العقاب .

الاستعراض الانحرافى :-

حيث يخلو المريض من مشاعر الذنب ، ولايتاح له الحصول على متعة جنسية إلا بهذا الاسلوب وقد يقترن الاستعراض باضطرابات عقلية وعصابية لايدرك فيها المريض حقيقه فعله كالتخلف العقلى ، والعتة الشللى ، والصرع ، والعتة الشيخى ، والادمان الكحولى الشديد والفصام. (*محمود هاشم الودرنى ، ١٩٨٦ ، ١٠٢*) .

كما قام (*موهر وآخرون ، Moher,etal,1964*) بتقسيم الاستعراضية بإعتبارها : –

ا – عرض ثانوى تابع لمرض معين .

ب – ظاهرة تنشأ من نزعة وسواسية .

ومن خلال المسح الذى قام به حول طبيعة الفعل الاستعراضى فقد أثبت عدم وجود عمر محدد للضحية ، حيث إن الضحية دائما ما تكون شخص من الغرباء ليس بينه وبين الجانى

معرفة سابقة ، كما يتنوع هذا السلوك من كشف فاضح إلى فتح مجال الاستمناء الغرض منه إثارة استجابة عاطفية قوية فى الضحية ومن المهم أن نشير إلى أن الاستعراضيين قد لا يكونوا إظهاريين بقدر ما يكونوا مدمنين للعادة السرية بشراهة .

كما أوضح « موهر » تزايد السلوك الاستعراضى بصورة كبيرة لدى الأبناء الذين يعانون من مشكلات نفسية من قبيل غياب الآباء عنهم لفترات طويلة مما يؤدى بدوره لوجود مشاعر سلبية لدى الأبناء تجاه أبائهم *(In Eysenk , H., 1972 , Pp. 148 - 149)*

ديناميات الشخصية الاستعراضية :-

تتواجد الاستعراضية فى عديد من اضطربات الشخصية من قبيل مدمنى الكحوليات ومشتهى الأطفال ، والشخصيات السيكوباتية ، والمتأخرين عقليا ، وبعض النماذج العدوانية الناجمة عن أعراض عقلية عضوية.

. *(Oliven,J.,1974,p.470)* ، *(Haas, k.,1979,p.236)*

ولقد تم وصف الاستعراضى فى المؤلفات الإكلينيكية بكونه سلبى ، وخجول ، وغير مستقل، ويفتقد الشعور بأنه رجل كامل ، وبعدم قدرته على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، كما يجد صعوبة فى التعبير عن غضبة ، وربما يكون لديه العديد من مظاهر الاختلال الوظيفى الجنسى *(Bellack , A., 1982 , P.699)* لذا فنادرًا مايكون لديهم صديقات من أفراد الجنس الآخر ، والعديد منهم لديهم أمهات متسلطات ، وعلى الرغم من ذلك فعلاقتهم بأمهاتهم تخلو من التوتر ، وتشير التجارب الإكلينيكية إلى أن الغالبية العظمى من الاستعراضيين يعانون من صعوبات فى التعبير عن ذواتهم بطريقة مناسبة فى فترة المراهقة ويبدو ذلك فى الصراع القائم بينهم وبين أمهاتهم لذافهم يفضلون الانسحاب نحو ذواتهم بدلا من ذلك ، وهذا بدوره يجعل ردود أفعالهم نحو الفتيات والمراهقاتٌ بوجة عام مبنى على الخوف من أى علاقة معهم . لأنها ستكون بمثابة تكرار لتلك التى حدثت مع الأم ، لذا يسيطر عليهم شعور بأن أى اتصال جنسى مع الفتيات يجب أن يكون من مسافة آمنة حتى لا تتحكم الفتيات فى أعضائهم التناسلية ، وإن كان هذا الشعور فى الوقت نفسه يعد بمثابة دفاع ضد خوفهم من قلق الخصاء

(Evans,J.,1982,Pp.281-282)

فالاستعراضى بوجه عام شخص غير ناضج فى علاقاته مع الآخرين ، وبخاصة مع أفراد الجنس الآخر ، لذا فإن المتزوجين منهم غالبا ما تكون علاقاتهم الجنسية مع زوجاتهم يشوبها عدم الرضا *(Davison,G.&Neale,J.,1974,P.280)*.

وقد أوضحت التقارير العلاجية لحالة رجل يعانى من الاستعراضية يبلغ من العمر (٤٢) عاماً ، متزوج ولديه (٣) أطفال عن تنشئته فى بيئة جدّ متشددة مما أدى بدوره إلى وجود كف جنسى لديه جعله غير قادر على القيام بعلاقات جنسية مُرضية مع زوجته مما دفعه لاستعراض قضيبه أمام النساء وذلك للتأكد على فحولته (رجولته) وبأنه لايزال رجلاً بمعنى الكلمة

(Haas , K .,1979 ,Pp. 236 - 237).

فالاستعراضية قد تكون محاولة من البعض لإستبعاد قلق الخصاء عندهم وذلك بأن يؤكد المستعرض لنفسه أن ماالديه هو قضيب كامل طالما أن النساء حالما يشاهدونه يصيبهن من رؤيته بالدهشة ومايتولاهن من الخوف ، وربما تكون الاستعراضية من الأفعال العدوانية التى يزاح فيها الدافع من الجنس إلى العدوان ، وتتخذ شكل السلوك الجنسى العدوانى بقدر ماترتبط بالموقف الاوديبى لدى بعض المرضى . *(عبد المنعم الحفنى ، (جـ) ، ١٩٩٢ ، ٧٦٦)* .

ولقد أشار *(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٢)* أن نسبة مرتكبى الاستعراضية يمثل نحوالثلث من جملة مرتكبى الجرائم الجنسية ، وبعض المتخصصين يجعلها أكثر من ذلك . كما أن نسبة المعاودة إلى الجُرم بين الاستعراضيين كبيرة ويقدرها القانونيون بنحو الربع . *(عبدالمنعم الحفنى ، (أ) ، ١٩٩٢ ، ١٠٠)*.

وتتنوع معدلات الحوادث التى يقوم بها الاستعراضيون ، فالبعض منهم يقوم بالفعل الاستعراضى يوميا ولعدة أسابيع ثم يصبح ساكنا لعدة شهور، والبعض الآخر يستعرضون أنفسهم بصورة مستمرة بمعدل مرة أسبوعيا أو مرتين على الأكثر فى العام .

والاستعراضى القهرى غالبا ما يعاود مرة أخرى لنفس المكان الذى حقق فيه متعته الجنسية ليكرر السلوك الاستعراضى تجاه فتيات من نفس عمره ، والبعض منهم يتواجد فى مناطق منعزلة أو يقف على الأرصفة العامة ، بينما يلجأ البعض لإستخدام السيارات فى تحقيق السلوك الاستعراضى لديهم عن طريق الاقتراب من الضحية بحجة سؤالهم عن الاتجاه ، ومن ثم قيامهم بالكشف الفاضح لترى الضحية فعله .

(Oliven, J.,1979, Pp. 469 - 470).

وقد يفضل الاستعراضى الأماكن المغلقة كالمسارح ، ودور السينما (***عبد المنعم الحفنى ، (جـ) ١٩٩٢ ، ٧٦٤***) . ومن الأشكال الأخرى للاستعراضية نمط معاكسة الغير ، ودفع التلاميذ فى طرقات المدرسة ، والتهريج ، والتصرف بخشونة وسماجة ، وأحيانا الافراط فى التمسك بقواعد الاتيكيت والمبالغة فى الحديث ، والاهتمام بالمظهر بأى ثمن فى المناسبات الاجتماعية ، والتحدث عن مميزات شخصية غير موجودة ، وعدم القدرة على تقبل النقد . (***انتصار يونس ، ١٩٧٨ ، ١٧٢***) .

كما أوضح (***دالبى, Dalby,J.,1988***) عن قيام بعض الاستعراضيين من الرجال ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٢٣ – ٢٩) سنة،بإجراء المكالمات التليفونية الفاضحة كأحد أشكال الاستعراضية دون قيامهم بأى سلوكيات جنسية انحرافية آخرى .

(Dalby,J.,1988)

بينما أشار (***لانج وأخرون , Lang , R., et al ,1987***) عن قيام بعض الاستعراضيين بإرتداء ملابس الجنس الاخر بجانب التلصص الجنسى ، وإجراء المكالمات التليفونية الداعرة والاحتكاك الجنسى . ***(Lang , R. et al , 1987)***

وغالبا ما يصاحب ذلك ممارسة العادة السرية سواء أكان ذلك أثناء الفعل أم بعده والقليل منهم يحصلون على هزه جنسية تلقائية أثناء العرض ، وعادة ما يؤدى ذلك الى شعورهم بالاكتئاب وتأنيب الضمير بعد إنتهائهم من السلوك الاستعراضى تجاه أفراد الجنس الاخر . ***(Oliven,J.,1974,P.470)*** . إذ أن شخصية المستعرض عادة ما تكون من النوع القاصر وغالبا ما تكون لديه ميول سادية ومازوخية فالأثر الذى يخلفة فى الضحية يشبع فيه ساديته والشعور بالذنب الذى يحتدم به بعدها يرضى فيه مازوخيته (***عبد المنعم الحفنى ،(جـ) ١٩٩٢ ، ٧٦٣***) .

يبقى أن نشير الى أن الحالات القصيوية من الاستعراضية تشير كغيرها من النزعات الجزئية الى أن أصحابها شخصيات يمكن أن نطلق عليها مطية غرائزها ، فالأنا كلما أغراه استفزاز الحفزة الذى لا يقاوم تنحو للإشباع من خلال الطابع الإنحرافى أو ذاك ، ويمكننا أن نرى فى الاستعراضية هى الأخرى محاولة مستميتة قهرية لإنكار الخصاء ، فما أشبة الليل بالبارحة عندما كان الهدف الطفلى القديم ينكص الى الاستعراضية ، إذ يستمد الفرد لذته كما سبق القول من عرض عضوه التناسلى (***حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٥ ، ١٦***) .

السادية : Sadism

مقدمة :

تنسب السادية إلى « المركيز دى ساد» (Marquis de sade) من كبار الكتاب الفرنسيين فى القرن الثامن عشر (١٧٤٠ - ١٨١٤) ، عاصر الملكية والثورة الفرنسية ومابعدها ، وأمضى قرابة سبعة وعشرين عاماً من حياته سجينا متنقلا بين سجون فرنسا المختلفة إيفاء لأحكام صدرت ضده سواء أكان ذلك لدوافع سياسية أم أخلاقية . ولقد كان «ساد » مفكراً وفيلسوف إستغل خياله الخصب إبان السنوات الطويلة التى أمضاها بين جدران السجن فى تصوير فلسفته فى الحياة ، ومحور هذه الفلسفة هى التمرد على نظام الكون الذى يبيح الشر ، ويتخذ هذا التمرد صورة النشاط الجنسى المدمر ، ومن ثمة فإن «ساد» يحتل مكانا فريداً فى عداد المفكرين الذين واجهوا الحياة برفض مطلق ***(سامى محمود على ، ١٩٦٣ ، ١٨٢)***. لذا كانت حياته سلسلة متصلة من السلوك السادى الذى جعله نموذجا وعنوانا على هذا الانحراف ***(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤ ، ٧٥٣)*** .

ومن كتبه القصصية روايات جستين ، جوليت ، جرائم الحب، أيام سودوم المائة والعشرين ***(Oliven , z ., 1974 ,p. 478)*** وإذا رجعنا إلى المصدر الذى اشتق منه فرويد هذا المصطلح نجد إشاراته إلى كرافت إيبنج Krafft - Ebing الذى أطلق « اسم السادية والمازوخية ، والإيجابية والسلبية على أكثر الانحرافات قاطبة شيوعا وأهمية ، ألا وهو الميل ونقيضه فى صورته الموجبة والسالبة - إلى إيلام الموضوع الجنسى ***(سيجموند فرويد ، ١٩٦٣ ، ٤٨)*** وإتساقا مع هذا الفهم يشير «مول » Mool للسادية باعتبارها حالة يكون فيها الدافع الجنسى ظاهراً من قبيل الضرب وسوء المعاملة والإزلال وإهانة الموضوع المحبوب ***(Campbell , R ., 1989, p. 646)*** ففى كثير من الحالات تكون السادية نوعا من الشذوذ الجنسى أو الإنحراف الجنسى سواء لدى الذكر أم لدى الأنثى ، وعندما لايجد الفرد لذته الجنسية إلا إذا كانت مصحوبة بالأذى والذى يوقعه على الطرف الذى يمارس معه الجنس ***(فرج عبد القادر طه وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٣٧٩ - ٣٨٠)*** .

تعريفات السادية

تعريف (فرج عبد القادر طه وأخرون ، ١٩٩٣)

السادية هى إشتقاق اللذة عن طريق القيام بتعذيب الآخرين سواء بتوجيه عدوان مادى إليهم كالضرب ، والإيذاء البدنى أو بتوجيه عدوان معنوى كالتقليل من شأن الآخر ، وعدم مراعاة مشاعره وكرامته أو ضرب مصالحة أيا كانت وغالبا ما تمتزج السادية أيضا بالنشاط الجنسى للشخص ذى الطابع السادى فلا يشتق لذته الجنسية **إلا** عند تعذيب محبوبة وإيقاع الأذى والضرر المادى والمعنوى له سواء قبل الفعل الجنسى أو أثناءه ***(فرج عبد القادر طه وأخرون ، ١٩٩٣ ، ٣٧٩)***

تعريف (عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٢)

هى التهيج أو الإشباع الجنسى عن طريق إيلام الفرد السادى لشريكته فى الفعل الجنسى بالتعدى عليها بالضرب أو السب أو ما شابه ذلك فقد تتخذ شكلاً جسدياًفتكون اعتداءات بالغة الأذى ببدن شريكته لدرجة تصل إلى حد القتل ، بقدر ماتكون هذه الممارسات السادية مقدمة للجماع أو قد ينتهى بها بالجماع ، وقد يكتفى بها السادى دون الجماع بوصفها أفعالا جنسية مشبعة فى حد ذاتها ***(عبد المنعم الحفنى ، (جـ) ١٩٩٢ ، ٥٢٥ - ٥٢٦)***

تعريف (كمال دسوقى ، ١٩٩٠)

إنحراف جنسى يتميز بالحصول على الإشباع والإرضاء الجنسى بإيقاع الألم بالغير بقدر ما تمثل ميل متسلط لصب العدوان ، والتحطيم ، وروح الإنتقام ، والاستغلال ، والإذلال ، والإحباط على شخص أخر ***(كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ١٢٩٧)***.

تعريف كامبل ، (Campbell , R. , 1989)

السادية نوع من الانحراف الجنسى يتميز بالحصول على اللذة الجنسية من إيلام الناس وتعذيبهم ***(Campbell,R.,1989,p.646)*** .

تعريف (عطوف محمود ياسين، ١٩٨٨)

انحراف جنسى يتميز بالحصول على اللذة أو النشوة من خلال ممارسة أحد الطرفين للقسوة ، والإيلام على الطرف الآخر، والذى قد يتخذ شكلاً جسدياً كالضرب أو نفسياً كالسب والإذلال ويتلقاه الطرف الآخر إمابسعادة وسرور، أو بعذاب

(عطوف محمود ياسين، ١٩٨٨، ٣٤٨ – ٣٤٩).

تعريف (فاخر عاقل، ١٩٨٨)

انحراف جنسى يرتبط فيه الرضا الجنسى بإيقاع الألم على الشخص الآخر .

(فاخر عاقل،١٩٨٨، ٣٩٩)

تعريف (أسعد رزق ، ١٩٨٧)

ضرب من الانحراف الجنسى يتميز بالحصول على اللذة الجنسية ، والاستمتاع الشهوانى من جراء إساءة معاملة الأفراد الآخرين من الجنسين وتستخدم هذه اللفظة أحيانا بشكل عام للدلالة على حب القسوة ، والفظاظة والتلذذ بتعذيب الطرف الثانى .

(اسعد رزق ، ١٩٨٧ ، ١٣٦)

تعريف (جان لابلانش ، بونتاليس ، ١٩٨٧)

شذوذ جنسى يرتبط فيه الإشباع بالتعذيب أو الإذلال الذى يصب على الآخر.

(جان لا بلانش ، بونتاليس ، ١٩٨٧ ، ٢٨٠)

تعريف (حامد زهران ، ١٩٨٧)

هى التهيج الجنسى أو الإشباع الجنسى عن طريق تعذيب الغير.

(حامد زهران ، ١٩٨٧ ، ٤٤٤) .

تعريف (عادل عز الدين الأشول ، ١٩٨٧)

انحراف جنسى يتلذذ فيه المرء بإنزال العذاب بأشخاص من نفس الجنس أو من الجنس الآخر ***(عادل عز الدين الأشول ، ١٩٨٧ ، ٨٣٧) .***

تعريف (محمود هاشم الودرنى ، ١٩٨٦)

هى الحصول على الإثارة الجنسية بتصور أو ممارسة تعذيب جسدى أو نفسى على شخص آخر خلال العمل الجنسى أو بدونه . ***(محمود هاشم الودرنى ، ١٩٨٦ ، ٩٢)***

تعريف ريبر ، (Reber , A., 1985)

هى الحصول على اللذة الجنسية من خلال إيقاع الألم بالآخرين والذى لايقتصر فقط على الألم الجسمى بل يشتمل على الألم النفسى من قبيل التقليل من شأن الآخرين وإحتقارهم ، واستغلالهم ، وقد يصاحب ذلك حصول السادى على الإشباع الجنسى. ***(Reber,A.,1985,p.657)***

تعريف (أحمد ذكى بدوى ، ١٩٨٢)

هى الحصول على إثارة الغريزة الجنسية ، أو على إشباعها أو عليهمابإنزال الأذى البدنى أو النفسى بشخص آخر ، ويمكن أن تستقل عن الباعث الأصلى ، وتصبح شكلاً من أشكال الانحراف ، فتسيطر على الحياة الجنسية للفرد بأكملها ***(أحمد ذكى بدوى ، ١٩٨٢ ، ٣٦١)***.

تعريف (سامى محمود على ، ١٩٦٣)

انحراف ينجصرعامة فى استمداد اللذة الجنسية مما يلحق الغير من ألم بدنى ونفسى والشخص الذى يقع عليه هذا الألم قد يكون من نفس الجنس الذى ينتمى إليه السادى أو قد يكون طفلاً أو حيواناً ... وقد يكون الألم الذى ينزل بالضحية ألما ماديا من قبيل الضرب ، الوخز ، والعض ، والتشويه الذى قد يصل إلى حد القتل ، بقدر ما يكون نفسيا من قبيل التجريح والأذلال وقد لايعدو أن يكون الألم فى بعض الأحيان مجرد افتعال ، وقد يكتفى السادى بمشاهدة الألم ، ولكنه عادة ما يتسبب فيه ذاته ، وكذلك فقد يكون الإشباع مقصورا على المجال النفسى ، ولو أن الغالب أن يكون مصحوبا بإحساس جنسى ينتهى بالتفريغ الجنسى تلقائيا أو عن طريق الجماع أو الاستمناء ***(سامى محمود على ، ١٩٦٣ ، ١٨٣)*** .

تعريف ولفك ، وبينيت، (Wulfeck,Z.,&Bennett,E.,1954)

تشير السادية بمعناها الواسع لرغبات الفرد فى توقيع الالم والجراح ، والعقاب على الآخرين ، سواء أكان ذلك بطريقة شعورية أم لاشعورية بينما تشير من الناحية الجنسية الى تحقيق الاشباع الجنسى المصاحب لتوقيع العقاب والالم على الشريك . ***(Wulfeck,Z.&Bennett,E.,1954,P.96)***

خلاصة وتعقيب

باستعراض التعريفات التى تناولت مفهوم السادية نجد أن هناك أوجه اتفاق واختلاف بين العلماء ، فالبعض ينظر للسادية باعتبارها انحرافا جنسيا يحصل فيه الفرد على اللذة عن طريق تعذيب الغير ***(كامبل، Campbell , R.,1989)*** ، ***(فاخر عاقل ، ١٩٨٨)*** ، ***(حامد زهران، ١٩٨٧)*** ، ***(عادل عز الدين الأشول ، ١٩٨٧)*** ، ***(جان لابلانش ، وبونتاليس ، ١٩٨٧)***

فى حين يتناولها البعض الآخر باعتبارها حفزات عدوانية تدميرية تجاه الاخرين إلى جانب كونها انحراف جنسى . ***(فرج عبد القادر طه وآخرون ، ١٩٩٣)*** ، ***(كمال دسوقى ، ١٩٩٠)*** ، ***(عطوف محمود ياسين ، ١٩٨٨)*** ، ***(أسعد رزق ، ١٩٨٧)*** ، ***(محمود هاشم الودرنى ، ١٩٨٦)*** ، ***(ريبر ، Reber,A.,1985)*** ، ***(احمد ذكى بدوى ، ١٩٨٢)*** ، ***(سامى محمود على ، ١٩٦٣)*** ، ***(ولفك ، وبينيت ، Wulfeck , z.& Bennett , E., 1954)***

وهنا تتخذ السادية شكلا ماديا كالضرب ، والإيذاء ، والألم ، والجراح ، والعقاب ***(فرج عبد القادر طه وآخرون ، ١٩٩٣)*** ***(عطوف محمود ياسين ، ١٩٨٨)*** لدرجة تصل إلى حد القتل ***(عبد المنعم الحفنى (جـ) ، ١٩٩٢)*** ، ***(ولفك ، وبينيت، Wulfeck,Z.& Bennett, E.1959)*** بقدر ما تتخذ شكلاً معنوياً كالتقليل من شأن الآخر ، وعدم مراعاة مشاعره ، وكرامته ، وضرب مصالحه ، والسب والأذلال والتجريح ***(فرج عبد القادرطه وآخرون ، ١٩٩٣)*** ***(عطوف محمود ياسين ، ١٩٨٨)*** ، ***(ريبر ، Reber, A.,1985)*** سواء أكان ذلك بطريقة شعورية أم لاشعورية ***(ولفك ، وبينيت، Wulfeck, z . & Bennett,E.1954)*** وقد لايعدو أن يكون الألم فى بعض الأحيان مجرد إفتعال ***(سامى محمود على ، ١٩٦٣)*** .

وبجانب ذلك فقد أشارت بعض التعريفات إلى أن الممارسات السادية فى كافة أشكالها قد تكون موجهه نحو أفراد من الجنسين ***(أسعد رزق ، ١٩٨٧)*** ، ***(عادل عز الدين الأشول ، ١٩٨٧)*** وقد تكون تجاه طفلا أو حيوانا ***(سامى محمود على ، ١٩٦٣)*** وقد تكون هذه الممارسات السادية مقدمة للجماع أو قد ينتهى بها ، وقد يكتفى بها السادى دون الجماع بوصفه أفعالاً جنسية مشبعة فى حد ذاتها ***(عبد المنعم الحفنى ، (جـ) ، ١٩٩٢)*** وقد يتلقاها الطرف الآخر إما بسعادة وسرور أو بعذاب ***(عطوف محمود ياسين ، ١٩٨٨)*** وذلك خلال الفعل الجنسى أو بدونه ***(فرج عبد القادر طه وآخرون ، ١٩٩٣)*** ، ***(محمود هاشم الودرنى ، ١٩٨٦)*** .

وفى ضوء ذلك يميل الباحث للأخذ بالتعريف الذى أعده (*حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٧*) للسادية بإعتبارها أحد أبعاد مقياس الدفعات الغرزية الجزئية حيث يشير للسادية بإعتبارها :

« دفعة غرزية جزئية تمثل اضطرابا فى الهوية يعتمد فيها بلوغ اللذة على إيذاء الآخرين ، بقدر ما تظن أن تعذيب الموضوع يحقق فى صميمه طمأنة ضد الخوف من الخصاء ، فهى والحال هذه تمثل دينامية دفاعية وتعتمد على تفكك الدفعة الغرزية مما يجعل من تفريغ الشحنة العدوانية باعثا للذة بقدر ماتكون باعثا للطمأنة أيضا من المخاوف المكبوته بعامة ، والخصاء بخاصة » *(حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٧ ، ١٢)*.

أنواع السادية

١ - السادية الفمية Oral Sadism

هى حفزات عدوانية أساسية تستهدف القدرة المطلقة على الإشباع والسيطرة وذلك عن طريق الوظيفة المتخيلة للفم ، والشفة . والأسنان ، واللسان ، والخدود ، والبلعوم ، وهى تظهر بصورة طبيعية فى المراحل الأولى للتطور الطفلى بعد الولادة مباشرة ، وعندما ينضج الطفل ويتفتح ، تمر هذه الرغبات والمجاهدات بعدة تقلبات ، لكى تظهر وتصمد فى حياة الرشد اللاحقة بصورة معدلة ومتخفية كمكونات لأعراض عصابية أو كانحرافات جنسية أو كرغبات تسبق الجماع ، أو كإشباع لسمات شخصية وكمناشط إعلاء مرغوب فيها ومؤيدة اجتماعيا . *(عبد المنعم الحفنى (جـ)، ١٩٩٢، ٥٢٩) (كمال دسوقى، ١٩٩٠، ١٢٩٨) (Campbell, R.,1989 , p.647)* . ويعتبر أرباب التحليل النفسى هذه الظاهرة ضربا من السادية الجنسية التى تستمتع باللذة عن طريق الدغدغة الفمية *(أسعد رزق ، ١٩٨٧ ، ١٣٦)* .

٢ - السادية الشرجية : Anal sadism

وتعنى إزاحة النزعات العدوانية ، والتدميرية ، والسلبية التى تظهر خلال المرحلة الشرجية *(Campbell , R.,1989, p.646)* من قبيل رفض الإخراج ، والبخل بالبراز إلى مراحل العمر اللاحقة لتصبح من سمات الشخصية *(عبد المنعم الحفنى (جـ)، ١٩٩٢ ، ٥٢٩)* لذا يقال أن منطقة الإست تشغل وصفا على جانب كبير من الأهمية فى حياة الطفل الباكرة وتسبق فى التاريخ الطور التناسلى ، ومن ثم تعتبر السادية الإستية قبل تناسلية ، فالطفل لايهتم فقط

بفعل التبرز ، بل أيضا بناتج هذا الفعل ، وهذه الاهتمامات الباكرة فى عقل الطفل لايتخلى عنها فقط ، ولو أنها تتخذ صور تعبير مختلفة كلمانما الطفل من قبيل إستياء الطفل عندما يكون عليه أن يسلم شيئا ما كفضلات البراز ، تجعله يتخذ فيما بعد شكل إستياء من التنازل عن أى شئ ذو قيمة بالنسبة له كالنقود والسندات ... ، وبعبارة أخرى أن العادات العضوية الأكثر تبكيراً تستمر إلى حد كبير فى الحياة اللاحقة على شكل إعلاء من خلال سمات شخصية *(كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ١٢٩٧)*

٣ - السادية القضيبية Phallic sadism

هى حفزات عدوانية تزاح من المرحلة القضيبية ، وفيها يتخيل الولد بأن الجماع فعل يتسم بالعدوان من جانب الذكر ، وخصوصاً من جانب القضيب عضو التذكير فى إلحاق الألم بالشريك ، بقدر ما يمثل إسقاطاً لمخاوف الذكر نفسه من عملية الجماع وربما يصاب من ذلك بإنحراف النظارية Scopophilia ذلك الإنحراف الذى قد ينشأ فى المرحلة القضيبية لمثل هذه السادية ، فالنظر يهب الإطمئنان على أن الشئ أو موضوع الحب الذى يرى بإستراق النظر إليه لم يمت بعد *(عبد المنعم الحفنى (جـ)، ١٩٩٢، ٥٣٠)* ، *(كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ١٢٩٨)*؛ *(Campbell , R.,1989 , p.643)*

٤ - سادية الهو : Id sadism

وتعنى الحفزات التدميرية الغريزية الأولية ، والتى تظهر فى سنوات الطفولة المبكرة ، وقد تكون مرتبطة بالرغبة فى الإشباع إلا أنها تعانى الكبح نحو طلب الصلاح ، والوفاق ، وعواقب الخوف من الحقيقة ، ووخز الضمير . *(Campbell , R.,1989,P.647)* فتكبت بتأثير التربية ، والخوف من العقاب ، ولكنها قد تظهر من بعد فى شكل السلوك الجانح بمعاكسة الفتيات والتعدى عليهن بالضرب أو الإحتيال عليهن *(عبد المنعم الحفنى (جـ)، ١٩٩٢ ، ٥٣٠)*

٥ - سادية الأنا الأعلى : Superego Sadism

وهى تشير للقسوة البالغة ، وللنواحى العقابية من الضمير الموقعة للإيلام والأذى فأثناء نمو الطفل يتحكم فى ساديته الطفلية ما يقوم ويطور فى باطنه من قوى ذات نفوذ أيضا فى الرقابة ، والتعويض ، والتى تصبح بعد ذلك محذرة للطفل من عواقبه الفعلية لميوله العدوانية التى يكبح جماحها بطريقة منتظمة ، تلك القوى هى ما نسميها بالضمير ذلك الصوت الذى لايزال صغيراً

إلا أنه يحذرنا فى صمت حينما نكون على وشك أن نخضع لحواسنا ونرتكب ما هو خطأ ، وتتصاعد التحذيرات من الصور أو التصورات المستدخلة أو المستدمجة لدى الطفل ليس بالضرورة عن والديه وإنما بالأحرى عما يدركه بعقله عما سيكون عليه الوالدان إذا هما إكتشفا محاولات قيامه بتنفيذ رغباته العدوانية بعنف ضدهما وذلك من خلال الصورة الداخلية للوالد الغاضب بعنف والتى يستشعرها الطفل من خلال تعبيرات وجه والده ، والذى سيصبح معاقبا له . ***(كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ١٢٩٨)*** وهذا بدوره يجعله يبحث عن مصدر ملائم لرعايته العدوانية حتى وإن كانت على المستوى المتخيل .

(Campbell , R., 1989, p.647)

والسادى من هذا النوع نجده فى الكبر ملتزما بقواعد الأخلاق ، والعرف ، والتقاليد والدين بقدر مايكون صارما فى تطبيقها وبخاصة فى مجال الجنس ، ولذلك نجده يسبب لزوجته شقاء ما بعده شقاء ، ويحاصرها بشكوكه وأحكامه ويسجنها داخل سيطرته ورقابته ، ويجعل من الجنس ممارسات روتينية لامعنى لها حتى لتزهد فيه وتعاف الجماع وتصاب بالبرود الجنسى ***(عبد المنعم الحفنى (جـ) ، ١٩٩٢ ، ٥٣٠ – ٥٣١)***

٦ - السادية اللاشعورية Unconscious Sadism

وهى تشير للرغبات والميول الغريزية البدائية العدوانية والتحطيمية التى يتعين بها على كافة الأطفال والصبيان أن يتعاملوا بها كجزء فى وراثتهم وجهازهم البيولوجى التكوينى ***(كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ١٢٩٨)*** وهى ما نحسب معها أن العنف يمكن أن يجعل فى استطاعتنا أن نحوز كل شئ ، فإذا كبرنا نظمأ للقوة . ونسعى إليها ، وقد يكون بنا هذا الظمأ حتى ليلح علينا ويخرج من اللاشعور فى شكل أعراض عصابية ، والسادى من هذا النمط يحب أن يسيطر على النساء بصرف النظر عن قرابتهن له فربما تكون المرأة التى يمارس عليها ساديته من النوع العدوانى البدائى ، أو الفطرى أخته أو أمه أو خالته ، أو زميلته فى العمل ، وقد يلجأ لكل الوسائل الإحتيالية ليحكم سيطرته عليها ***(عبد المنعم الحفنى (جـ) ، ١٩٩٢ ، ٥٣١)*** .

٧ - السادية اليدوية Manual Sadism

وتعنى أن السادى يلجأ إلى يده لتحقيق رغباته الجنسية السادية ، كأن يستمنى ، ولكنه يفعل ذلك بطريقة تؤلم قضيبه ***(عبد المنعم الحفنى (جـ) ، ١٩٩٢ ، ٥٣١)*** أو أنه يستخدم

عضلاته فى تعذيب الموضوع من قبيل الضرب أو الركل فالسادى بوجه عام يرتبط حصوله على اللذة الجنسية ارتباطا وثيقا باستخدام جهازه العضلى .

(Campbell , R. 1989, p. 647)

٨ - السادية المقنعة « اليرقية » Larval Sadism

وتعنى السادية المختبأة التى يداريها صاحبها تحت ستار من الملاحظة الخادعة ، والوداعة التى يحتال بها ، ويستخدمها استخدام الصياد للكمين ليوقع بضحيته فيهاجمها بشراسة ، وينال منها ، وزئر النساء من هذا القبيل فالحب الذى يبديه من النوع المدمر ، ولكنه لايظهر هذا الوجه التدميرى فيه ، ويحاول أن يخفى شره بمعسول الكلام ***(عبد المنعم الحفنى (جـ)، ١٩٩٢ ، ٥٣١) (Campbell , R., 1989 ,p. 647)***

٩ - السادية المعقدة « المركبة » Complicated Sadism

وهى تستخدم لوصف العديد من نوعيات الانفعال فى آن واحد من قبيل الجمع بين الإيلام الذى ينزله السادى بالضحية ، بجانب شعوره بالألم ، والرعب والإشمئزاز لما يفعله ***(عبد المنعم الحفنى (جـ)، ١٩٩٢ ، ٥٣١) ، (كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ١٢٩٧)*** .

١٠ - السادية الأولية : Primal Sadism

وهى تشير إلى بقاء جزء معين من غريزة الموت داخل الفرد ، وتبعا لفرويد فهى تظل متطابقة مع المازوخية إلى أن يتم توجيهها نحو الخارج فى اتجاه الموضوعات ***(كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ١٢٩٨) ، (Campbell , R., 1989, p.647)***

١١ - السادية المقلوبة : Inverted Sadism

وهى التى تنشأ كنتيجة للكبت الإيجابى للميول السادية القوية ، بسبب الخوف والإجتناب لأى تعبير شعورى عن الكراهية أو العدوان ، أو كقصور ذاتى أو يأس وفقدان أمل

(كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ١٢٩٨)

١٢ - السادومازوخية (*) Sadomasochism

هى تلك الحالة المختلطة التى تجمع داخل الشخص الواحد مجموعة من المشاعر المتناقضة كأن يحب ويكره فى نفس الوقت من قبيل رؤية العشيق يضرب محبوبته ويقبلها إذ تبكى.

(عبد المنعم الحفنى (جـ)، ١٩٩٢ ، ٥٣١ - ٥٣٢) .

(*) يشير الباحث بأنه سيعود لتناول السادومازوخية تفصيلاً .

أما *(أحمد عكاشة ،١٩٩٢)* فيقسم السادية إلى ثلاثة أنواع وذلك على النحو التالى :

١ - أعمال قسوة مصحوبة بالنشوة ، ولكن لايلازمها أى إحساس جنسى سواء أثناء أو بعد القسوة .

٢ - أعمال قسوة غير مصحوبة بالقذف ، ولكن يلازمها إرضاء جنسى مع الإنتصاب أحياناً

٣ - أعمال قسوة مصحوبة بلذه جنسية مع الإنتصاب والقذف *(أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٥٣٠)*

ديناميات الشخصية السادية

لقد أشار *(صلاح مخيمر ، ١٩٨١)* أن السادية عندما تعمل لحسابها الخاص فإنها تأخذ شكل انحراف جنسى إما بتعذيبها أو قتلها للضحايا حتى تصل إلى النشوة الجنسية ، بعيداً عن العلاقة الحميمة ، ومن ثم بعيداً عن الانسالية *(صلاح مخيمر ، ١٩٨١ ، ١٥١)* .

بينما تشير *(سامية القطان ، ١٩٨١)* إلى أن السادى يصل فى الانحراف الجنسى إلى الإفراغ الإنسانى والعدوانى . على الرغم من الموضوع الذى يعانى الإزلال ، فمعظم الساديين يحرصون على العثور على شريك مازوخى يشبع رغباتهم السادية ، وفى نفس الوقت يشبع رغبات الشريك المازوخية ، وبذلك يتوحدان معاً على نحو لاشعورى ، إلا أن بعض الساديين يستخدمون موضوعات لاترغب فى أن تلعب الدور المازوخى ، وهنا يتحتم عليهم إرغام هذه الموضوعات على معاناة هذا الدور ، والساديون من هذه الفئة يرتكبون الإغتصاب أو القتل . *(سامية القطان ، ١٩٨١ ، ٣٧)* .

ويرى فرويد أن السادية عندما تتغلب على الحياة الجنسية للفرد بأكملها ، فإنها تستقل بنفسها ، وتصبح شكلاً من أشكال الانحراف ، وقد تظهر على شكل غريزة فرعية غلابة فى إحدى المراحل التى تسبق التناسل *(سيجموند فرويد ، ١٩٨٠ ، ٩٢ - ٩٣)* حيث ترتبط الخصائص السادية بالأهداف قبل الانسالية أكثر مما ترتبط بالأهداف الانسالية ولا تقتصر الحفزات السادية على حفزات منطقة شبقية بعينها *(اوتوفينخل ، ١٩٦٩ ، ٦٦٠)*

ومع ذلك فإن ثمة نظريات أخرى لاتؤمن بأن السادية مجرد انحراف جنسى بقدر ماهى تعويض للعجز عن الإبداع أو الحب ، ويتم هذا التعويض على شكل قوة أو إيذاء ، أو سيطرة على الآخرين *(Kleinmunty , B., 1980 , p. 358)*

فلا يوجد سادى إلا وهو يعانى من الجوع الإنفعالى ، وهو دائما يحتاج إلى مشاهد تغذيه إنفعاليا ، وهى مشاهد خاصة به ، يستطيع فيها أن يوجه كراهيته لشخص ما من محيطه إلى أشخاص آخرين كبدائل لهذا الشخص ، أو قد يوجه كراهيته لنفسه ، وفى كل الأحوال فإن السادى ينقل ساديته إلى موضوع آخر خلاف الموضوع الأصلى الذى يكرهه . (*عبد المنعم الحفنى (جـ)، ١٩٩٢ ، ٥٣٥)* وعلى هذا يكون هدف السادى ليس التدمير ، بل هدفه هو الإيلام ، وإستسلام الهدف بلا دفاع ، وهو ما يستمتع به السادى ، ومن النادر أن يقبل السادى تدمير الهدف أو وفاته ، ولكنه غالبا ينتهى به الأمر إلى ذلك ، وإلى شعوره هو بالذنب
(Sternback , o.,1975, p.328) .

وهو ما أكده فرويد على وجود جانب كبير من الميل إلى القسوة فى نفس الإنسان وهذه القسوة إذا لم تجد مخرجا لها فى العالم الخارجى ، فإنها ترتد إلى صاحبها ، تغذيه ، كما فى الحالات المرضية التى تبلغ مداها فى الإنتحار *(سيجموند فرويد ، ١٩٨٠ ، ١٧ – ١٨)*

فالسادية تؤدى وظيفتها ، هادفة إلى استرداد صورة الذات المنهارة ، وذلك باستخدام طرق مناظرة للطرق التى يتبعها النشاط المازوخى ، وربما يصيب السادى شعور بأنه حى من خلال عملية التوحد أو التقمص ، بالألم الشديد الذى يحدثه أو يوقعه بضحيته *(Stolorow, R. 1975, p. 446)* وفى هذه الحالة يمكن أن يكون التطابق مع المعتدى مؤديا إلى التخفف من القلق الذى يسبب اضطراب اللذة الجنسية ، فكثيراً ما يناضل الساديون ضد قلق لاشعورى من الخصاء ، وأيضا ضد نزعات تدميرية للذات داخل أنفسهم ، ومع ذلك فالطمأنة بأن مايحدث للضحية ليس بخطير فى الواقع لايصدق بصورة عامة فى السادية ، لأن ثمة أفعالاً سادية تحدث ، يصاب فيها الضحية بشكل خطير ، وقد تقتل ، فالسادى الذى يتظاهر بالإستقلالية يكشف عن تبعيته العميقة لضحيته ، فبالعنف يحاول إكراه ضحيته على أن تحبه ، وهذا الحب ماهو إلا حب أولى ينطوى فى دلالته على الإشباعات النرجسية *(أوتوفينخل ، ١٩٦٩ ، ٦٥١ ، ٦٥٧ ، ٦٥٩)*

ولقد تعددت محاولات تفسير ديناميات السادية الجنسية التى يلخُص أهميتها فى الآتى :

١ – أن السادية الجنسية هى تعبير عن اتجاه سادى عام مدمر نحو الآخرين حيث يشعر الفرد بالإحباط والنبذ من قبل الآخرين ، ومن ثم يبحث عن سلوك عدوانى يعوض به مشاعر القوة ، ومثل هؤلاء الأفراد يعبرون عن الكراهية والميول السادية بأساليب مختلفة بجانب الجنس *(Coleman , J.,1956 , p.384)* .

٢ – وقد ترتبط الممارسات السادية بإتجاهات عنيفة ضد الجنس قد يبررها السادى بأنها اتجاهات دينية أو أخلاقية ، وهو يحتمى بالدين أو بالأخلاق من رغباته الجنسية المحتدمة والتى يرفضها ولا يفهم لها سبباً فى نفسه ، وبقدر ماهى عنيفة عندها بقدر عنف رفضه لها، وتمكنه إتجاهاته العنيفة الرافضة من أن يعرض عن تحقيق رغباته الجنسية بأن يحتدم بينه وبين الآخرين النقاش بسببها ، ويبدى لهم إحتقاره ، وقد ينزل بهم عقابا إذا تورطوا فى فعل جنسي ما (***عبد المنعم الحفنى (جـ)، ١٩٩٢ ، ٥٢٧***).

٣ – أن السلوك السادى ينشأ من الخبرات الأولية التى ترتبط فيها الإثارة الجنسية بالإصابة بالألم .

٤ – أن السلوك السادى الجنسى إنما هو جزء من كل أكبر من السيكوباثولوجى .

٥ – أن السلوك السادى ينشأ من الخوف من الخصاء.

(Coleman,J.,1956,pp. 384-385)

فالسادية بقدر ماهى باعث للذة ، بقدر ما تكون باعثا للطمأنة ضد المخاوف المكبوتة بعامة ، ومخاوف الخصاء بخاصة ، فما الخصاء الموجود فى العمل السادى إلا خصاء رمزى وليس واقعى ، وهو ما يؤكد على أن مخاوف السادى لا أساس لها فالسادى يحاول أن يرغم ضحيته أن تحبه ، وما هذا الحب إلا تعبيراً عن السماح والغفران مما يزيل مشاعر الذنب لديه تلك التى تتداخل مع الإشباع الجنسى ***(Campbell, R., 1989, P.646)***.

المازوخية : Masochism

مقدمة :

ينسب مصطلح المازوخية إلى الروائى النمساوى ليو بولد ڤون ساخر مازوخ Leopold Von Sacher - Masoch (١٨٣٦ – ١٨٩٥) والذى تعاملت رواياته مع شخصيات تستهدف الألم ، وسوء المعاملة ، والإذلال من الآخرين ، وذلك لتحقيق الاشباع الجنسى من قبيل روايته (فينوس ذات الفراء) التى تصور واقع حياته الخاصة . ***(حسين عبد القادرمحمد وآخرون، ١٩٩٣، ٦٧٢)*** . ***(عبد المنعم الحفنى (ب)، ١٩٩٢ ، ١٢٢٥)***

(Reber , A., 1985, P.414) , (Campbell , R., 1989, p.426) , (Bebbington, p ., 1979, p.265) , (Haas , k., 1979, p.238) (Oliven , J., 1974 , p. 238) ، (سامى محمود على ، ١٩٦٣ ، ١٩١)

ولقد أشار فرويد للمازوخية باعتبارها انحرافا جنسيا يرتبط بعدوانية مرضية ، وحسد القضيب ، وعمليات التثبيت ، بقدر ما يرتبط بالمرحلة الأوديبية ، وقبل الأوديبية – ***(Jares,B.& Cracielo,M.,1988)***

وبجانب ذلك فالمازوخية ماهى الا إمتداد للسادية فى ارتدادها على الشخص ذاته الذى يحل بادئ ذى بدء محل الموضوع الجنسى ***(سيجموند فرويد ، ١٩٦٣، ٤٩)*** فإذا كانت السادية اتحاداً للغرائز الجنسية مع غرائز الهدم الموجه نحو العالم الخارجى ، فإن المازوخية تنشأ عن اتحاد الغرائز الجنسية مع غرائز الهدم الموجه ضد الذات ***(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٥، ٥٠٠)*** ، وقد يحدث كلا الانحرافين فى الشخص نفسه ، على أن يكون أحدهما ظاهراً ومسيطراً والآخر كامن . ***(Bebbington, P., 1979 , p. 266)***

ويعتقد « كرافت ابينج ، .Ebing , K» أن السادية والمازوخية من أكثر المكونات الأساسية تداخلا فى الشخصية ، ويبدو ذلك واضحاً لدى الأفراد الذين لديهم قابلية عالية للنشاط الجنسى . ***(Crossman , W ., 1986 , p. 392)*** . وهو ما جعل فرويد يشير فى تفسيره للأعراض فى الأمراض العصابية إلى وجود الأجزاء الغريزية فى الأغلب كأزواج من الأضداد ، فكلما نشطت غريزة نشطت الغريزةُ المضادة ، فكل انحراف إيجابى يصاحبه مقابله السلبى ، وكل معاناة للدوافع السادية المكبوته لابد أن تواكبها أعراض صادرة عن ميول مازوخية. ***(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٥ ، ٥٠١)*** .

تعريفات المازوخية :

تعريف (عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤) .

« المازوخية هى انحراف جنسى يتلذذ فيه المرء بما ينزل به من آلام ، وهى سمة الأفراد الذين يستجلبون على أنفسهم سوء المعاملة والمذلة والمعاناة ، بقدر ما هى توحد وتعين بالشريك السادى ، أو هى تخفف من الذنب بتجربة العقاب والألم فى وقت واحد مع اللذة ، أو هى استجلاب الشهوة بممارسة الخضوع إرضاءاً لشخصيات قوية فى مكان السلطة ، أو ممارسة لغريزة الموت » . ***(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤ ، ٤٥٥)***

تعريف (فرج عبد القادر طه وآخرون ، ١٩٩٣) :

« هى اشتقاق الفرد للذة من قيام الآخرين بتعذيبه وتوجيه العدوان إليه ، سواء أكان عدوانا ماديا كالضرب والإيذاء البدنى أم عدواناً معنوياً كتحقير الفرد وإهانته وجرح كرامته والسخرية منه وإظهار هوان شأنه ودنو منزلته ، وعدم اعتبار مشاعره ، وعرقلة مصالحه والوقوف فى وجهها . وغالبا ما تمتزج المازوخية بالنشاط الجنسى للشخص ذى الطابع المازوخى ، فلا يجد لذته الجنسية إلا عندما يعذبه محبوبه ويوقع عليه الأذى والضرر ماديا أو معنويا ، سواء قبل الفعل الجنسى أم أثناءه ، وفى كثير من الحالات تكون المازوخية نوعاً من الشذوذ الجنسى أو الانحراف الجنسى سواء لدى الذكر أم لدى الأنثى ، عندما لايجد الفرد لذته الجنسية إلا إذا كانت مصحوبة بالأذى يوقعه عليه الطرف الذى يمارس معه الجنس »

(فرج عبد القادر طه وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٦٧٢) .

تعريف (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢)

هى الحصول على اللذة الجنسية من الإحساس بالألم ، وإيقاع النشوة ، والإهانة ، والاستهزاء على الذات . ***(أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٥٣١)***

تعريف (محمود حموده ، ١٩٩١) :

هى الحصول على الإثارة الجنسية من خلال تعرض الفرد للإيذاء البدنى كالإجهاد الجسمى وتقييد الحركة ، وتغطية الوجه ، والصفع على الوجه ، والصعق بالكهرباء ، والوخز بدبوس ، والمشاركة فى أنشطة تهدد حياته ، بجانب الإيذاء النفسى كالإهانه ، والسب ، والرغبة فى أن يعامل كطفل عاجز . ***(محمود حموده ، ١٩٩١ ، ٣٨٩)*** .

تعريف كامبل ، (Campbell , R., 1989)

هى حصول المرء على الإشباع الجنسى عن طريق تعرضه للآلام ، والمعاناة ، وسوء المعاملة ، والإذلال ، والقسوة من الآخرين . ***(Campbell , R. 1989 , p. 426)***

تعريف (عطوف محمود ياسين ، ١٩٨٨)

« سلوك إنحرافى يمثل صاحبه دور الخاضع المستسلم بالتألم على يد شخص آخر ، ويصاحب ذلك حصول الفرد المتلقى للألم على الإثارة ، واللذة سواء أكان أثناء الفعل الجنسى أم بدونه . ***(عطوف محمود ياسين ، ١٩٨٨ ، ٣٤٩)***

تعريف (فاخر عاقل ، ١٩٨٨) :

« إضطراب جنسى يحصل الفرد فيه على اللذة من التعذيب الذى ينزل به .

- بصورة عامة هى الاستمتاع بالألم أو النزوع إلى البحث عن مواقف يهان الفرد فى أثنائها أو يلحق به الأذى .

- فى التحليل النفسى هو اتجاه النزعات التخريبية نحو الذات . ***(فاخر عاقل ، ١٩٨٨ ، ٢٢٣)*** .

تعريف (أحمد عزت راجح ، ١٩٨٧)

إنحراف لايجد المنحرف فيه لذة جنسية إلا إذا نزل به عقاب جسمى أو معنوى من شريكه. ***(أحمد عزت راجح ، ١٩٨٧ ، ٥١٩)*** .

تعريف (أسعد رزق ، ١٩٨٧) :

هى الرغبة فى العذاب والتلذذ بسوء المعاملة للحصول على الإشباع والإستمتاع الجنسى . بقدر ماتكون المازوخية مجرد رغبة فضولية فى المهانة والإذلال ، ولكنها تبلغ الطرف الأقصى من الرغبة فى الموت . ***(أسعد رزق ، ١٩٨٧ ، ٢٣٠)*** .

تعريف (جان لابلانش ، وبونتاليس ، ١٩٨٧)

شذوذ جنسى يرتبط فيه الإشباع بالعذاب والألم أو بالإذلال الذى يلحق بالشخص .

(جان لابلانش ، وبونتاليس ، ١٩٨٧ ، ٤٣٨) .

تعريف (حامد زهران ، ١٩٨٧) :

هى إشباع الرغبة الجنسية بتحمل الألم ، وتلقى الأذى من المحبوب .
(حامد زهران ، ١٩٨٧ ، ٢٨٣) .

تعريف (عادل عز الدين الأشول ، ١٩٨٧) :

«هى إستمتاع وإشباع للرغبة الجنسية بمعاناة الألم من الآخر ، وعادة مايكون ذلك الشخص الآخر هو الشخص المحبوب ، فالعذاب الذى يلقاه الفرد ، والإيذاء الجسمى والإذلال من الشخص الآخر ، كل ذلك ينتج فى صورة استثارة وإشباع جنسى ، والشخص الذى يعانى من هذا الاضطراب يسمى بالمازوخى ***(عادل عز الدين الأشول ، ١٩٨٧ ، ٥٧٤) .***

تعريف (محمود هاشم الودرنى ، ١٩٨٦)

هى العجز عن الحصول على إثارة ومتعة جنسيتين إلا بتلقى التعذيب أو الإهانات والتحقير مع العمل الجنسى أو بدونه ***(محمود هاشم الودرنى ، ١٩٨٦ ، ٩٢).***

تعريف ريبر ، (Reber , A., 1985)

هى كل الاتجاهات الشمولية التى تحاول التدمير أو إحداث الألم أو التوبيخ للذات .
.(Reber , A., 1985,p. 414)

تعريف (أحمد زكى بدوى ، ١٩٨٢):

انحراف جنسى يتميز بالرغبة فى التعرض للألم الجسدى على أيدى الآخرين ، للحصول على الإشباع الجنسى . ***(أحمد زكى بدوى ، ١٩٨٢ ، ٢٥٩).***

تعريف بيبنجتون (Bebbington , p., 1979)

إشباع جنسى يتضمن خضوع الفرد وإذعان حقيقى أو خيالى لأفعال قاسية أو لقوة شخص آخر ***.(Bebbington, p ., 1979 ,Pp 265 - 266)***

تعريف أوليفن ، (oliven , J.,1974) :

هى حصول الفرد على الاشباع الجنسى عندما يتم ايذاؤه وجرحه ، وإهانته عبر الشريك الآخر ، وذلك من خلال مجموعة من النشاطات ذات طقوس خاصة.

.(oliven,J.,1974, p.475)

تعريف ولفك، وبينيت(Wulfeck , J.&Bennett, E.,1954)

تشيرالمازوخية بوجه عام لحاجة الذات الجسمية والعقلية فى إلحاق الأذى والجراح بها عن طريق تعرضها للإهانة ، والخضوع ، والمواقف الحرجة وذلك للحصول على الإشباع الجنسى ، بينما تشير من الناحية الجنسية إلى الرغبة فى مصاحبة الألم والعقاب للنشاط الجنسى وبلوغ هزه الجماع . ***(Wulfeck , J. & Bennett , E., 1954 , Pp. 67 - 68)*** .

خلاصة وتعقيب :

على الرغم من تعدد تعريفات العلماء والباحثين لمفهوم المازوخية إلا أن هناك أوجه اتفاق بينهم على أن المازوخية انحراف جنسى يتلذذ فيه المرء بما ينزل به من آلام سواء أكانت مادية كالإيذاء البدنى فى كافة أشكاله (الإجهاد الجسمى ، والضرب ، والوخز بدبوس ، أم معنويا كتحقير الذات ، وإهانته ، وجرح كرامته ، والسخرية منه . (كافة التعريفات السابقة) . سواء أثناء الفعل الجنسى أم بدونه . ***(فرج عبد القادر طه وآخرون ، ١٩٩٣)*** ، ***(عطوف محمود ياسين ، ١٩٨٨)*** ، ***(محمود هاشم الودرنى ، ١٩٨٦)*** بينما أشار ***(ولفك ، وبينيت ، Wulfeck , Z.,& Bennett , E., 1954)*** إلى أهمية مصاحبة الألم والعقاب للفعل الجنسى وذلك لبلوغ هزة الجماع .

وعلى حين اتفقت كافة التعريفات على أن الألم الذى يلحق بالفرد سواء أكان مادياً أم معنوياً يكون موجهاً من جانب الآخرين بوجه عام، إلا أن البعض يقصره على الشريك المحبوب. ***(فرج عبد القادر طه وآخرون ، ١٩٩٣)*** ، ***(حامد زهران ، ١٩٨٧)*** ، ***(عادل عز الدين الأشول، ١٩٨٧)*** .

ومن وجهة أخرى ينظر البعض للمازوخية على أنها مجرد رغبة فضولية فى المهانة ، والمعاناة، والإذلال ، والخضوع للتخفف من مشاعر الذنب ، وهى تبلغ أقصى درجة لها فى الموت . ***(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤)*** ، ***(فاخر عاقل ، ١٩٨٨)*** ، ***(أسعد رزق ، ١٩٨٧)*** ، ***(ريبر ، Reber ,A.,1985)*** سـواء على المستوى الواقعى أم المتخيل ***(بيبنجتون ، Bebbington, p .,1979)*** حيث تساهم الخيالات المازوخية بشكل واضح وفعال فى عقاب الذات ، وتكوين الأمراض العصابية ***(ارنولد ، Arnold , R.,1991)*** بقدر ماتسهم فى تشكيل الشخصية ***(تيودور ، Theodor, R., 1989)*** .

وفى ضوء ذلك « فإن المازوخية بهذا المعنى لاتقف عند حدود الانحراف الجنسى الذى يحصل فيها الفرد على اللذة الجنسية من إيقاع الألم بنفسه ، وإنما يتسع مداها ليشمل الحصول على اللذة من التعرض للإذلال أو التوبيخ أو الوقوع تحت السيطرة أو الانجراح بقدر ماهى انقلاب النزعات السادية إلي الداخل ضد الذات ، لذا فهى أكثر تعقيداً ، ذلك أن الألم هنا يجلب اللذة ، بل ويناضل من يعانون من مثل هذا الانحراف من أجل الحصول عليه » ***(حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٥ ، ١٣)*** .

أشكال المازوخية :

١ - المازوخية الأولية : Primary Masochism

هى الحالة التى تتوجه فيها غريزة الموت والميول التدميرية من موضوعات العالم الخارجى إلى الذات وهى تبدو واضحة فى الاكتئاب أو عندما يشتد الغضب بأحد الناس فيضرب نفسه أو يسبها كنوع من إيذاء النفس . ***(عبد المنعم الحفنى (أ)، ١٩٩٢ ، ٥٤٣)*** ، فالنزعات التدميرية للذات الناشئة عن غريزة الموت تكون إلى حد كبير بحوزتنا منذ وقت مبكر فى حياتنا عن طريق الإزاحة على الموضوعات فى العالم الخارجى ، وهذا هو منشأ السيادة ، وإدارة القوة ، والسادية الحقيقية ، والجزء الذى ليس تحت تصرفنا أو بين أيدينا يظل كمازوخية أصلية مولدة للتشبيق ، يمكن تتبع عناصرها عبر كافة المراحل التطورية لليبيدو ***(كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ٨٣٠)*** ، ***(Campbell , R.,1989,P. 426)*** . ففى المرحلة الفمية تبدو كخوف عند الطفل أن يلتهمه الآخرون ، وفى المرحلة الشرجية تبين كرغبة عند الطفل أن يضرب أبويه ، وفى المرحلة القضيبية تتمثل فى أوهام الخصاء ، و فى المرحلة التناسلية تتجلى فى دور المرأة السلبى فى الجماع وفى عملية الولادة ***(عبد المنعم الحفنى (ب)، ١٩٩٢ ، ١٢٢٧)*** ، ***(كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ٨٣٠)*** ، ***(Campbell,R,1989,p.427)*** .

٢ - المازوخية الشبقية (الجبلية) : Erotogenic Masochism

واحدة من ثلاثة أنواع للمازوخية التى وصفها فرويد بأنها « شهوة الألم » ***(كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ٨٣٠)*** ، ***(Campbell,R,1989,p.427)*** بقدر ما يستخدم للدلالة على الشذوذ الجنسي المازوخى. ***(جان لابلانش ، وبونتاليس ، ١٩٨٧ ، ٤٣٩)*** .

بينما يصفها ***(حسين عبد القادر محمد وآخرون ، ١٩٩٣)*** . بألم المضاجعة (الألجولاجينا) حيث المقطع Algo فى اليونانية يعنى « ألم » بينما Lagnus تعنى « مضاجعة» وكأن

المصطلح يعنى لذة الألم إبان الشهوية الجنسية ، بعبارة أخرى هو التلذذ الشبقى « الجنسى » من الإيلام إذ يرتبط الإشباع الجنسى بالآلام البدنية سواء أكان ذلك فى مستوى الواقع أم المتخيل . (*حسين عبد القادر وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٦٧٢*) وذلك على أساس أن إحساس الألم هو مصدر الهياج الجسمى ، فإذا أصبح الألم مسرف الشدة فإن الكدر يرجع على الإثارة الشبقية فتتوقف اللذة (*أوتوفينخل ، ١٩٦٩ ، ٦٦٨*) .

والمازخيون الجنسيون يحصلون على الإشباع عندما يتم إيذاؤهم وجرحهم أو إهانتهم عبر الشريك الآخر وبخاصة أثناء عملية الجماع ، إذ أن ممارستهم المنحرفة يكون الألم فيها بمثابة وسيلة تسمح لهم بأن يطلقوا دوافعهم الجنسية وما يكمن بداخلهم من قسوة وسادية فهم يمتلكون قدرات سادية ومازوخية فى آن واحد ، وغالبا ما ينتقلون من واحدة لأخرى .
. *(oliven , J. 1974 ,Pp. 475 - 477)*

٣ - **المازوخية الأنثوية :** Feminine Masochism

وهى نوع من المازوخية تميز المرضى من الذكور ، نتيجة توحد لاشعورى بامرأة ذليلة . (*عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤ ، ٤٥٥*) والأخاييل المازوخية لمثل هؤلاء الذكور تصفهم بشكل متميز فى موقف أنثوى مما يعنى إنخصائهم ومعاناتهم للجماع . (*سامية القطان ، ١٩٨١ ، ٤٩*) . لذا يشير (*أوتوفينخل ، ١٩٦٩*) إلى أن هناك ارتباطات بين الأنوثة عند الرجال وقلق الخصاء ومشاعر الإثم ، ، فالضرب من إمرأة إنما يعطى الفكرة المختبئة للانضراب من الرجل (من الأب) ومن هنا فالممارسات المازوخية تعنى،أن يلعب الرجل دور المرأة فى الجماع أو فى إنجاب الأطفال. (*أوتو فينخل ، ١٩٦٩ ، ٦٧٣*) .

ولقد ارتأى فرويد أن المازوخية الأنثوية ترتكز على عامل أولى شهوى ، هو لذة المتألم ، فهولاء الرجال المازوخيين الذين يعانون من عنة أو من شبه عنه جنسية يتقارب سلوكهم من السلوك الواقعى للمازوخيين المنحرفين ، فهى تمثل موقفاً طفلياً وأنثوياً نموذجياً ، فهم يتصورون أنفسهم موثقين ، مقيدين ، تحت رحمة شخص ما ، يضربهم ، ويهينهم ويذلهم . (*ساشاناخت ، ١٩٨٣ ، ٢٨*) .

٤ - المازوخية الأخلاقية (المعنوية) : Moral Masochism

وتعنى الميل لمعاقبة الذات على مايلم بالنفس من رغبات محرمة لاشعورية تجاه الأبوين ، نظراً لكونها رغبات جنسية غير مقبولة شرعاً أو عرفاً . ***(عبد المنعم الحفنى (ب)، ١٩٩٢ ، ١٢٢٧)*** . والمازوخى الأخلاقى تدور فيه هذه الصراعات لاشعوريا ، وتملى عليه اتجاهات وأحكاماً فى مواقف تجعله فيها يعمل ضد مصالحه حتى ليستجلب على نفسه العقاب ، وقد يدمر نفسه بنفسه ،***(عبد المنعم الحفنى (جـ)، ١٩٩٢ ، ٥٤٤)*** ، إذ أن هذه الصراعات تدفعه جاهداً للبحث عن الأشياء والموضوعات التى تثير لديه الإحساس بالذنب ، بقدر ماتجعله على الدوام يحاول إيذاء نفسه ***(Reber , A. , 1985 ,p. 419)***

والمازخيون الأخلاقيون لديهم انحراف مزمن وهو ما يجعلهم غير قادرين على التوافق مع العلاج ورافضين للشفاء بقدر ما تجدهم مهزومين ولديهم إحساس بأنهم أفراد فاشلون حقيرون مثيرون للإذدراء ، فهم مقتنعون بأنهم يستحقون أن يعانوا .. لذا فهم يفشلون فى إراحة أنفسهم من العذاب والآلام ***(Oliven , J., 1974 ,p. 477)*** . ويرجع ذلك لإحساسهم اللاشعورى بالذنب ، وحاجتهم اللاشعورية إلى العقاب على أيدى بدائل الأبوين . ***(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤ ، ٤٥٥)*** حتى وإن كانت هذه العقوبة أليمة إذ أنها لاتمثل لهم فقط الكراهية ، بقدر ما تمثل فى الوقت نفسه الحب والاهتمام . ***(سامية القطان ، ١٩٨١ ، ٤٧ - ٤٨)***

٥ - المازوخية المثالية : Ideal Masochism

ويطلق فرويد اسم المازوخية المثالية على هذا الضرب من تحمل الأذى النفسى دون البدنى ***(عبد المنعم الحفنى (ب)، ١٩٩٢ ، ١٢٢٧)*** ، ***(Campbell , R. 1989 , p.427)*** فالصبر على هجر الحبيبة ، أو إحتمال خيانتها أمور أذاها نفسى . ***(عبد المنعم الحفنى (جـ)، ١٩٩٢ ، ٥٤٤)*** ، ويتحدث فرويد عن المازوخية المثالية فيقول « إن هؤلاء الناس الذين يطلق عليهم اسم المازوخيين المثاليين لاينشدون اللذة فى الألم الجسمى الذى قد يوقع بهم ، بل فى الإذلال والتأديب النفسى. ***(كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ٨٣٠)***

٦ - المازوخية الثانوية : Secondary Masochism

وهى التى تعرف على أنها ارتداد للسادية ضد الشخص ذاته ولم يتقبل فرويد هذه الفكرة إلا بعد وضع فرضية نزوة الموت . ***(جان لابلانش ، وبونتاليس ، ١٩٨٧ ، ٤٣٩)*** فأثناء النمو

يتوجه نحو الخارج الجزء الأساسى من السادية أو غريزة الموت ، والجزء الذى يبقى فى الفرد يسمى بالمازوخية نظراً لتوجهه للداخل على الفرد نفسه وهو ما يمكن ملاحظته فى ظروف معينة من قبيل حالات الاكتئاب العميقة ، حيث تنسحب السادية من الموضوعات عائدة إلى الفرد نفسه للإستدماج معه ، وينطوى هذا بدوره على عملية نكوص لحالاتها الأولية مما يهيئ لتلك المازوخية الثانوية التى تلحق بالمازوخية الأولية.

(Campbell , R., 1989 . p.427).(كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ٨٣٠)

٧ - المازوخية اللفظية : Verbal Masochism

هى تلك الحالة التى يكون فيها الفرد راغبا بشدة لسماع الألفاظ المهينة أو المذلة حيث يستمد استثارته الجنسية من تخيل نفسه مهاناً وعندما تساء معاملته لفظيا ، ويبدو أن نوعاً من اختيار الألفاظ ، وتعاقبها ، أو التأكيد على الكلمات و الجمل يكون عامل هام وضرورى لإحداث الاستثارة الجنسية فالمحاورات أثناء التخيل المازوخى شائعة جداً ، وهذه المواقف المتخيلة كثيرا ماتبقى لسنوات بدون تفسير أو قد تحدث لها تغيرات قليلة ، مع هذا تظل مثيرة ، والتبديلات قاصرة عادة على إحلالات وإبدالات عابثة أو تافهة فى الأشخاص والأوقات والأماكن ، بينما الموضوع الأساسى أو القيمة الرئيسية إذا أمكن تسميتها بذلك ، متمسك بها *(Campbell , R., 1989 , p. 427) ، (كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ٨٣٠ – ٨٣١)* .

٨ - المازوخية الجماهيرية : Mass Masochism

أحد أشكال المازوخية التى تدل على استسلام الجماهير لأمر الحاكم المستبد ورضاها بكل ما يطلب منها من تضحيات ، وما يفرضه عليها من تبعات و مسئوليات . (*عبد المنعم الحفنى(ب) ، ١٩٩٢ ، ١٢٢٧*) ، وكلما زادت استبدادية الحاكم إشتد استسلام الشعب وتحمس لطاعته وإظهار الولاء له . (*عبد المنعم الحفنى (جـ)، ١٩٩٢ ، ٥٤٤*) . وكأنهم يحصلون على المتعة عبر خضوعهم وقيادتهم عبر قادة مسيطرين وديكتاتوريين

(Wulfeck , z,. & Bennett, E.1954 , p.68)

٩ - المازوخية الاجتماعية : Social Masochism

يستخدم هذا الاصطلاح للدلالة على اتجاه نابع مميز نحو الحياة يجبر الفرد على أن يسلك بسلبية وخضوع حتى يمكنه من احتمال الهزائم ، والمصائب ، والحرمان ، وسوء الحظ ، ومثل

هذه المواقف يمكن أن توصف كاتجاه استسلامى Giving - up attitude (*عبد المنعم الحفنى (جـ)، ١٩٩٢،* ١٢٢٧) ، *(كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ٨٣٠)* ، *(Campbell,R.,1989 ,p.427)*

١٠ - التخريب المازوخى : Masochistic Sabatogl

هو السلوك التدميرى المكشوف بهدف إشباع الدافع اللاشعورى لإنزال العقاب بالذات . *(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤ ، ٤٥٥)* . وذلك من خلال قيام الفرد بنقد كل شئ نقداً لاذعا يستجلب معه سخط الآخرين ونقمتهم عليه ، وكلما زاد نقده لهم كلما انهالوا عليه سباً لدرجة تصل لاعتدائهم عليه ، وقد يظهر هذا الاتجاه عند بعض المرضى فى جلسات التحليل النفسى ، فتراه ، يلتزم الصمت أو يقوم كالمتحدى ، ويبدو كأنه سادى النزعة ويظهر بمظهر العدوانى فينتقد كل شئ ويجادل فى كل شئ حتى ليضجر الجميع ، وليس هدفه اللاشعورى من كل ذلك سوى أن يثير حفيظتهم عليه فيوجدوا عليه ويبالغوا فى إهانته أو يعتدون عليه (*عبد المنعم الحفنى (ب)، ١٩٩٢،* ١٢٢٧ - ١٢٢٨) ، *(كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ٨٢١)* .

ديناميات الشخصية المازوخية :

لقد قدم المحللين النفسيين كثيرا من الآراء التى تفسر كيفية ظهور المازوخية لدى الأطفال والمراهقين العصابين ، والمنحرفين ، أو أصحاب الشخصيات النمطية. فكل هذه الشخصيات دائمة البحث عن خبرة الألم ، والعقاب ، ويتضح ذلك فى أن الإحساس بالألم لديهم دائما ما يكون مصدر للمتعة فى حد ذاته ، بقدر ما يكون مصدر للإثارة والتشويق ، ويؤدى للإحساس بإزالة التوتر ، ويمنحهم الشعور بالواقع والحياة ، كما أنه يجنبهم الدخول فى خيالات الألم ويمنع عنهم العقاب ، ويدخلهم فى الشعور بلذات أخرى مثل الإشباع واللذة الجنسية ، بقدر ما يجنبهم الألم والعقاب الحقيقى ، فهى هنا بمثابة معالج للأشخاص الأكثر قوة ، كما أنها تمكن الفرد خياليا من السيطرة على الأمور ، وتحمى موضوعات الحب من الإنهيار. تلك الموضوعات التى تعد من أهم مصادر الإشباع النرجسى *(Grossman , W., 1991, p.34)* .

كما أوضحت نظرية التحليل النفسى أن المازوخية تنشأ نتيجة تعرض الفرد لصدمات مؤلمة فى مرحلة الطفولة المبكرة *(Finell, J., 1992 , p. 261)* وذلك عندما يتحول ميكانيزم التوحد بالمعتدى إلى عدوان نحو الذات وينتج عن ذلك ظهور نزعات تدميرية تتصل بحاجة

الطفل إلى الإنفصال (Nakakuki , M.,1994 , p. 252) . حيث يبدأ الطفل فى تصريف العدوان نحو ذاته نتيجة عجزه عن تصريفه نحو موضوعات خارجية (Galenson , E.,1988 , p. 372) . ويساعد فى ظهور هذه النزعة الخوف من الخصاء ، وهو مايجعل النمو الداخلى للطفل ذو نمط مازوخى ، وهذا يؤدى بدوره لتكوين أنماط للشعور بانهزام الذات، وإحساسه بأنه ضحية ، بقدر ما يشعره بأن الآباء ممثلون لموضوعات ، ومشاعر الصد والإهمال (Nakakuki, M.,1994 , p. 233) ويساعد على زيادة هذه المشاعر لجوء الفرد للعيش فى عالم المتخيل ، والبعد عن عالم الواقع (Jack, N.& Kerry, N.,1991) حيث تسيطر عليه الأوهام والخيالات المازوخية والتى تكون بمثابة ميكانيزم دفاع لدأب الخسارة التى تكبدها خلال مروره بالصدمة العاطفية فى المراحل الباكرة للنمو .
(katy,R., 1992)

« فالمازوخى لم يستطع قط أن يتغلب على الخيبات الأولى للحياة الطفلية ومن هنا كانت حاجته الدائمة والأكثر إلحاحا من حاجة أى شخص آخر إلى أن يحب ، إلا أن هذه الحاجة تختلط لديه بحاجة إلى الألم . فهو يرفض الحب بدون ألم بل ويطرحه جانباً أو يحوله إلى ألم ، وبما أن الخيبة قد وسمته بميسمها ، فإنه سيعمل على استثارتها دوما من جديد لأن هذه الخيبة المجددة تسمح له ، مثلما سمحت له فى الماضى العابر ، أن يعيش الحب فى الكراهية سوى أنها هذه المرة كراهية متغلبة عليه هو ذاته ... إذ أن الرابط الليبيدى بموضوع الحب (وبالتعميم جميع الروابط الوجدانية) مجدول بوجه خاص من الكراهية ، ولكنها كراهية تسلك دوما الطريق نحو ذاته ، وكأن موضوع الحب أو موضوعاته تتأدى به إلى أن يحب ذاته عن طريق كرهه ذاته »**(ساشاناخت ، ١٩٨٣ ، ٨٩)** .

ومن ثم فمشاعر الإثم غير السوية وغير المحتمله تولد لديه الحاجة إلى العقوبة والتكفير عن آثامة ، فوجدانات الإثم غير السوية واللاشعورية فى طبيعتها تعتبر أقسى أنواع وجدانات الإثم تأثيرا على الفرد ، وهذه الوجدانات لايشعر بها الفرد ، ولكنه يجد نفسه مدفوعاً بها إلى أفعال وتصرفات يمكن أن تؤدى إلى هلاكه **(سيجموند فرويد ، ١٩٨٢ ، ٨٠ – ٨٢)** نتيجة إحساسه بالذنب مما يجعله يعرض نفسه للعقاب من الآخرين **(إنتصار يونس ، ١٩٧٨ ، ٣٤٣)** .

والمازوخى لايكون مستسلماً كليا أو يستقبل الألم بسلبية ، ولكنه يقوم بالتعامل بإيجابية فى الواقع حيث يرتب ، ويخطط ، ويحرك الإهانات التى يتلقاها وربما يحدد درجة الألم النفسى أو البدنى التى يرغبها (Oliven ,J., 1974 , p.475) وكأنه يصدر تعليمات واضحة ودقيقة

حول الطريقة التى يطلب أن تساء بها معاملته من قبل الآخرين فهو يريدهم ، فى بادئ الأمر ، أن يعلموا أنه يتعين عليه أن ينفذ أحط الأعمال وأكثرها إثارة للقرف ، أو أشدها إذلالا ، فإذا ما أبدى أى تلكؤ فى تنفيذ الأوامر كان عليهم أن يقاصصوه بقسوة ضرباً بالعصى ، أو سوطا بالكرباج . (*ساشاناخت ، ١٩٨٣ ، ٣٨*) . فهو يبحث عن الإذلال لجلب إشباع نرجسى لاشعورى للتحكم فى الإهانة ولذلك يصعب عليه تجنب الألم.

(Finell ,J., 1992 , p. 367)

ومما سبق يتضح أن المازوخية باعتبارها طلبا للألم قد تبدو متعارضة مع مبدأ اللذة الذى هو الأساس فى كل نشاط نفسى ، حيث يكون المطلب الأول تحاشى الألم . بخفض التوترات النفسية ، ولكن مثل هذه النظرة كمية فقط ، والواجب أن تكون كمية وكيفية معا لأنه بالإضافة إلى أن كل خفض للتوترات من شأنه إحداث اللذة فهناك توترات تكون ذات لذة كلما زادت هذه التوترات ، بقدر ما تكون مؤلة عند خفضها . (*عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٥ ، ٥٧٣*) أى أنه فى بعض الحالات قد يكون الألم مطلبا طبيعياً للذة أو الحصول على المتعة ، مما يجعل الموضوعات المؤلة موضوعات مقبولة ، وذلك من حيث العلاقة بالموضوعات الأخرى ذات الأنواع المختلفة ، وقد فسر (***Grossman , W., 1991***) ذلك فى النقاط التالية :

١ - أن مايبدو للمشاهد العادى غير قابل للذة ربما يكون قابل للذة بالنسبة للمريض ، حتى أن الأشياء غير القابلة للذة من جانب معين قد تكون لها لذة من جانب آخر .

٢ - هناك دوافع معنية للجرح الذاتى تلعب دورها فى التحكم فى العمليات العدوانية ، والتى تؤدى للفوز والتحكم فى موضوع الحب بجانب أنها تجلب لذة .

٣ - مايبدو لنا أنه مؤلم تماماً قد يكون أحد مصادر اللذه ويعمل عمله فى الأمور الجنسية .

٤ - الموضوعات التى تبدو فى ظاهرها خداعة وعدوانية تنقلب نحو الذات بسبب الحب أو الخوف من فقدان الموضوع أو التهديد بالخوف من أشخاص ذوى قوة ، ولأن هذه الأخطاء تكون دائما داخلية فإن العدوانية التى تواجهها دائما ماتكون هى الأخرى داخلية ، وتتمثل فى العلاقات الشخصية ، والتوحد مع الشخص المهدد الذى يوجه العدوان نحو الذات وهذا نموذج لتكوين الأنا الأعلى .

٥ – إن أنماط السلوك وأساليب العلاقة بالموضوع غالبا ما تكون ثابتة فى الطفولة ، وذلك على الرغم من تغير معانيها فى البيئة وأثناء مراحل النمو ، وبناء على ذلك فقد لوحظ أن هناك معانى كثيرة للشعور بخبره الألم باعتبارها مصدر للتخييل ، وأنها المانحة للذة فى وقت لاحق .

٦ – إن للألم البدنى معنى من حيث إتصاله بالتسامح فى الألم ، فتخيل الألم يؤدى إلى اجترار علاقات خاصة وظهور إمكانيات أخرى ، وقد ينعكس أثر تكوين الخيالات على تكوين الأنا الأعلى ، وبناء على ذلك فإن خيالات الألم قد تؤدى إلى لذة شعورية بقدر ما تساعد فى تلبية حاجة لاشعورية بالألم ، وقد تجنب الفرد هذه الخيالات لارتباطها بألم واقعى غير مقبول *(Crossman , W., 1991 , Pp. 34 - 35)*

ويتفق *(سيمونز Simons , R., 1987)* مع وجهة النظر السابقة وذلك من خلال تحديدة للسلوك المازوخى بأنه عملية شعورية فى جميع مراحل النمو حيث تبدو المتعة بالنسبة للفرد فى إحداث الألم بنفسه ولكن شعوريا ، وكذلك فى إزالة الشعور بالألم شعوريا ، فالفرد يرى أن وظيفة الغرائز هى تحقيق الرغبة سواء كانت الرغبة ألماً أم إزالة الألم فكلاهما يؤدى إلى المتعة وتحقيق الإشباع *(Simons , R.,1987 , p.585)* ، وبجانب ذلك فالألم يساند الفرد فى تحقيق حاجاته ويعرفه بذاته ، ويساعده على أن يحدد قدرته على تحمل الإحباط والألم ، وعلى استجلاب الإشباع .

ومن النواحى الإيجابية للمازوخية أنها تساعد الطفل على الإنفصال ، والاستقلال عن والديه، إذ أن النمو المازوخى ، ونمو الذات المازوخية هى عملية هامة وأساسية فى التطور النرجسى ، وكل منهما ينمو داخليا مع بعض العوامل الأخرى ، وذلك بداية من مرحلة الطفولة مما يخلق معه حاجات مازوخية عديدة تبدو واضحة فى النزعات التدميرية ، وتتصل هذه النزعات التدميرية بحاجة الطفل إلى الإنفصال والاستقلال عن والديه فتجد الطفل يحاول أن يتجنب والديه ويرفضهما فى وقت ما من جراء عدة أسباب أهمها القلق ، وفقدان الموضوع ، وفقدان الحب ، والخوف من الخصاء ، وجدير بالذكر أنه إذا أصبحت ظاهرة الإنفصال هذه ظاهرة مرضية لدى الطفل فيصاحبها كثير من التوتر ، والقلق ، والعدوانية ، وهنا يصبح النمو الداخلى للطفل ذو سلوك نمطى مازوخى ، ويبدأ فى تكوين مازوخية مرضية ، تلك التى تعمل على تكوين أنماط للشعور بانهزام الذات *(Nakakuki , M., 1994 , Pp. 252-253)*

ومن جهة أخرى يرى البعض أن للمازوخية أهمية إكلينيكية من حيث إنها عامل مساعد للتعرف على حالات العصاب *(Arnold , R. 1991)* فنادراً ما يجد المعالج مريضا لايوجد لديه حاجة لاشعورية للبحث عن الألم ، وتعذيب الذات *(Lean , W., 1990)* لذا يكون هدف المحلل هو إقامة علاقة طرحية مع المريض يسودها الاحترام والاستقراء والتفهم لدوافع المريض الشاذة والفهم الكامن والذى يظهر بصورة مباشرة بحيث يستطيع المعالج أن يحللها ويعرفها جيداً *(Katy , R., 1992)* .

السادومازوخية Sadomasochism

لقد إشتق كرافت إيبنج Krafft - Ebing مصطلح السادومازوخية من كتابات ليوبولدڤون ساخر مازوخ (١٨٣٦ – ١٨٩٥) Leopold Von Sacher - Masoch ***(Bebbington,p., 1979 , Pp. 265 - 266)*** وذلك للإشارة إلى دوافع الفرد التى تبدو فيها مزيج من النزعات السادية والمازوخية. ففى واقع الأمر يندر أن نجد سادية صرفة أو مازوخية صرفة لدى الفرد إذ إنهما ينشآن من أصل واحد هو دافع العدوان وتشبعاته لهذا إذا كانت السادية واضحة فى الفرد فلابد أنها تخفى قدراً من المازوخية وتؤدى فى نفس الوقت إلى إشباعها ، فالفرد الذى يعتدى على الآخر كأنه يطلب من الآخر أن يعتدى عليه حيث إن الآخر لن يسكت على هذا الاعتداء وأغلب الظن أنه سيرد عليه بالمثل وربما أشد فالقاتل لابد أن ينتظر القتل اقتصاصا منه وردعاً لغيره ***(فرج عبد القادر طه وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٣٧٩)*** .

فالسادومازوخية موقف يفترض أنه مشحون بالطاقة الليبيدية ، فالفرد يتأثر بالتلاعب بين عنصرى الحب والكره الغريزتين اللذين يكون للدوافع الهدامة فيهما اليد العليا ، وعلى نحو عام، ففى العلاقات الإنسانية ربما يكون للفرد ثلاثة أنواع مختلفة من الإتجاه إزاء غيره من الأشخص أولهما يهتم الفرد بأن يكون وجود الشخص الآخر مساويا له ، وثانيهما يعتبر الفرد نفسه إما أعلى أو أدنى من الآخر ومع هذا يظل مهتماً بوجود هذا الآخر ، أما ثالثهما فالفرد يكتسحه العدوان والخضوع فى نفس الوقت بطريقة تجعله يرغب فى تحطيم الشخص الآخر وفى الوقت نفسه الإبقاء عليه (السادومازوخية) أما فى العلاقات الإجتماعية السليمة فلا يمثل وجود الشخص الآخر ضرورة فحسب ، بل تحقيقا لمطالب النفس الباطنة ، ولو أن قدراً معينا من دافع التحطيم موجود بصفة دائمة . ***(كمال دسوقى ، ١٩٩٠ ، ١٢٩٩)*** .

ولذا يحدث كلا الانحرافين فى الشخص نفسه ، ولكن مع سيادة أحدهما على الآخر بالرغم من أن فرويد قد أعطى الظاهرة منزلة متساوية ***(Bebbington,p , 1979 , p.266)*** . لذا يذهب ***(ولمان ، Wolman , B.,1989)*** إلى أن السادومازوخية نزعة إلى السادية والمازوخية معاً ، ففى العلاقات الاجتماعية والجنسية مع الآخرين توجد اتجاهات خضوعية وعدوانية فى نفس الوقت مع درجة هائلة من التدميرية ***(Wolman , B.,1989, p.299)*** .

بينما يشير(ايزنك ، *Eysenck ., H.,1972*) إلى أن السادومازوخية هى فعل متبادل بين الساديين والمازوخيين فى موقف من اللعب المصطنع ، فالسادومازوخية هى انحراف جنسى لايمكن اعتباره مكافئا للعدوان الجنسى والقسوة الجنسية فى جرائم القتل السادى وهى تبدو فى أشكال الدعاية من الأفلام والصور والممارسات السادومازوخية ، وما إلى ذلك وإلى حد ما فى الفن *(Eysenck,H.,1972.,p.168)*

أما (جورج كيسكر ، *Kisker, G.,1972*) فيرى أن السادية والمازوخية ماهى إلا تفسير عن نفس الدافع الغريزى ، حيث يوجه الدافع فى السادية نحو هدف خارجى ، بينما يتحول الدافع فى المازوخية ضد الفرد *(Kisker, G.,1972, p.223)*

فالسادية هى عبارة عن إتحاد غرائز الحياة مع غرائز الموت الموجهة نحو العالم الخارجى ، بينما تنشأ المازوخية عن إتحاد غرائز الحياة مع غرائز الموت الموجهة ضد الذات (**سيجموند فرويد ، ١٩٨٢ ، ٢١**) .

وبوجه عام الرجال أكثر سادية ، والنساء أكثر مازوخية ، ولكن السادية والمازوخية وجهان لنفس الصورة الذاتية المشوهة ، ويعتقد السادومازوخى بأنه لا أحد يتقبله جنسيا إلا إذا إستخدم القسوة والإجبار أثناء العملية الجنسية والتى تعبر عن نفسها عبر استخدام بعض الألفاظ (أستطيع أن ألتهمك التهاما) ، (أستطيع ضمك فى صدرى حتى الموت) أو من خلال بعض الألعاب من قبيل لعبة الصفع (إصفع ومن ثم يتم صفعك) وبجانب توقيع الإهانات المتبادلة ، وما أعمال « سوينبرن » « سيدة الآلام »، « الورود ونشوة الرذيلة » إلا تعبيراً عن السادومازوخية *(Gomey , Z.,1991 , p.109)* التى تقترن فيها المتعة والألم فى الخيال *(Grossman , W.,1991 , p.32)*

وهو ما أكده (سولومان، *Soloman,R., 1980*) بأن كل فرد بداخله مجموعة من الأليات تقترن فيها المتعة بالخبرة المؤلمة التى يتعرض لها وهى تعمل بصورة منتظمة ، وتعبر عن نفسها بصور مختلفة بين الأفراد فى مختلف الأعمار *(Soloman , R.,1980 , p. 694)*

فالميول السادومازوخية Sadomasochistic Tendencies هى التى تدفع الفرد إلى إشتقاق لذته من إيقاع الأذى بالآخرين وفى إرتكابه للأفعال العدوانية والوحشية أيضا ، ومن وضع نفسه فى موضوع الإهانة والتحقير والإيذاء والعقاب فى نفس الوقت ، ومن ثم يحدث

تدعيم لهذه الميول من الدوافع التدميرية أو الغريزة العدوانية (فرج عبد القادر، ١٩٨٧ ، ١٧٢) فالسادومازوخيين أفراد يستمتعون بأن يؤمروا ، ويهانوا ، أو أن يكونوا الشخص الذى يقوم بعملية الأمر ، وغالبا ما يصاحب ذلك قيامهم ببعض الطقوس الخاصة من قبيل ارتداء الرجال المازوخيين لملابس النساء وقيام النساء الساديين بضرب الرجال المازوخيين بالسياط والتبول عليهم (*Haas , K., 1979 , Pp. 238 - 239*) .

لذا نجد غالبية الساديين يقومون بتكوين علاقات مع مازوخيين ، كى يحصلوا على إشباع جنسى متبادل فالسادى يحصل على متعته الجنسية عبر توقيعه الألم على شريكه المازوخى الذى يحقق هو الآخر إشباعه عبر خضوعه لهذا الألم من جانب السادى
(Davison, G.&Neale , Z., 1974, p.282)

حيث أشارت الدراسات العديدة إلى أن العدوان هو إستجابة بشرية خاصة للإيذاءات النرجسية سواء كان هذا العدوان موجها للذات أو نحو موضوع فى التكوينات السادومازوخية وربما يخدم جهود الفرد لتعويض صورة ذاته المحطمة أو المنهارة ، ويمكن أن نجد المظاهر الأكثر عنفا وشراسة والأكثر بدائية للعدوان الموجه للذات أو الموجه لموضوع فى هؤلاء الأفراد المعرضين للنقد أو الهجوم ، أى الذين يملكون صور ذات هشة غير ثابتة *(Stolorow , R.,1975, p.446)* من قبيل الأطفال الذين يتعرضون لصدمات فى طفولتهم فيكونوا أكثر عرضة للإصابة بالسلوك العدوانى تجاه الآخرين بجانب بحثهم عن الألم ، وقيامهم بالسلوك المدمر للذات ، وهو ما يطلق عليه بالسادو مازوخية عند الراشدين.

ولقد قدم (جروسمان ، *Grossman , W.,1991*) ثلاثة إفتراضات تبين أسباب تكرار الظواهر السادومازوخية فى الطفولة على النحو التالى :

١ - صدمات الطفولة وما يترتب عليها من آثار مؤلمة التى تعد بدورها مصدراً لاقتران النزعات العدوانية بالنزعات الجنسية سواء المتجه نحو الفرد أم تجاه الآخرين .

٢ - الحاجة لضبط العدوان يلعب دوراً هاماً فى تطور الدفاعات اللاشعورية ضد العدوان ، وهو مايسهم بدوره فى تكوين الأنا ، والأنا الأعلى بقدر ما يشى بتطور التركيب النفسى للطفل ، ولكن عندما تحل الصراعات على الفرد فهذا بدوره يؤدى لحدوث العدوان الذى قد يقود لتشويه تطور الأنا ، والأنا الأعلى حتى يجعل من السلوك العدوانى وحدوثه المتكرر أمراً تلقائيا لدى الفرد .

٣ – الإساءة للطفل ، والآثار النفسية المترتبة على الصدمات التى يمر بها تلعب دوراً كبيراً فى إتلاف القدرة على استخدام الخيال للتحكم فى الدوافع مما يقود للفشل فى تحويل الخبرة الصادمة عبر النشاط العقلى *(Grossman , W., 1991 ,Pp 22 - 26)* .

لذا يشير *(هير يوج , Heryog ,J., 1983)* إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين صدمات الطفولة وبخاصة فى الحقبة الباكرة من العمر ، والسلوك السادومازوخى وذلك من خلال دراسته لطفلة تدعى « مارتا » تعرضت للإنفصال المؤقت عن والدتها نتيجة ميلادها قبل موعدها بـ (٨) أسابيع مما أدى إلى وضعها في إحدى الحضانات لإكمال هذه الفترة الزمنية ، وكانت الطفلة أثناء هذه الفترة تطعم عن طريق الأوردة ، وكانت تتبول عن طريق القسطرة ، وبملاحظة الطفلة بعد خروجها من الحضانة وجد أنها مضطربة وغاضبة ، وبدأت تحملق فى وجه والدتها وبمتابعة الطفلة بعد بضعة شهور تم الإبلاغ عن مهاجمتها للأطفال الآخرين ، كما حاولت أن تستفز الآخرين بما فيهم والدها كى يقوموا بإيذائها ، وحين تمكنت من النطق كانت صريحة فى طلباتها بشكل مستفز ، وعندما بلغت من العمر (٢٢) شهراً إنفصل والدها عن والدتها التى كانت تعانى من حالة اكتئابية منذ حملها « لمارتا» وعند بلوغها من العمر (٢٨) شهراً ظلت «مارتا» منشغلة بدرجة جدٍ كبيرة عما يسبب لها الألم فى خيالاتها *(Heryog,J,1983,Pp.293 -296)*

وهو مايشى لتلك العلاقة القائمة بين الخبرات المؤلمة التى يتعرض لها الفرد فى طفولته التى تتخذ عدة أشكال منها الإنفصال الوالدى ، واضطراب العلاقة بالموضوع والاكتئاب ، والاستجابات الغاضبة لردود فعل الطفل المستفزة للألم ، وعدم الراحة كل ذلك بدوره يؤدى لترسيخ السلوك السادو مازوخى لدى الطفل والذى قد يتخذ إيذاءً نرجسيا شديداً وربما يقود للاكتئاب نتيجة لإحساس الطفل بالرفض والنبذ من الوالدين.

(Grossman , W.,1991 , Pp 29 - 31)

ومن ثم فالعلاقات الحياتية الناجحة للفرد إجتماعيا وجنسيا تتطلب الجمع بين السلوك السادى والسلوك المازوخى بشكل متكافئ *(سحر عبد الغنى ، ١٩٩١ ، ٥١)* وفى هذا الصدد يشير *(صلاح مخيمر ، ١٩٨١)* إلى أنه لاحياة بغير تقدم يطرد ولا إمكانية للتقدم بغير إيجابية تخاطر بالحياة لتثرى الحياة ، وتجعلها أعمق دلالة وأكثر إمتلاء ، ولكن إذا كانت

الإيجابية هى العدوانية عندما تكون فى خدمة غرائز الحياة ، فإن الإيجابية لايمكن أن تتمخض عن الجديد الذى يتيح التقدم إلا عبر المعاناة ومكابدة آلام المخاض ، ليرى وليدها النور ، فيتيح للحياة أن تتابع مضيها على طريق التقدم والصيرورة وعلى هذا فالإيجابية من حيث هى مخاطرة ، لايمكن إلا أن تكون تعبيراً عن السادية والإيجابية بما تنطوى عليه من معاناة لايمكن إلا أن تكون تعبيراً عن المازوخية ، فالإيجابية الخلاقة تستلزم ارتفاع حظ الفرد من السادية والمازوخية معا (*صلاح مخيمر (أ)* ، ١٩٨١ ، ٢٠٥)

علاج النزعات الغرزية الجزئية :

لقد أوضحت المؤلفات التى تختص بالانحرافات الجنسية للمراهقين والصغار إلى أن هذه الانحرافات تكون مؤقتة وقصيرة المدى ، بقدر ما تستجيب للتعديل بسرعة كبيرة ، فضلا على أن هذه الانحرافات تستمر بنسبة جد قليلة حتى مرحلة الرشد . فقد تبين من خلال دراسة مجموعة من المرضى يبلغ قوامها (٢٠٨) حالة ممن يبلغون من العمر (١٢ : ٢٠) عاماً إلى أن (١٢) فقط من إجمالى العينة قد أظهروا انحرافات جنسية من قبيل الاستعراضية ، والنظارية.(*Evans , J.,1982,p.278*)

ولقد تعددت وتنوعت الطرق والأساليب العلاجية التى استخدمت لعلاج النزعات الغرزية الجزئية من قبيل العلاج بالعقاقير.(*ماير وآخرون ، Mayer, W. et al ., 1992*) (*بيانكى ، Biancki , B.,1990*) ، والعلاج النفسى الدينامى قصير المدى (*سنايكر ، Snyker,E .,1992*) ، والعلاج بالتحليل النفسى (*المانسى ، Almansi , R ., 1979*) (*هيرمان ، ونلسون ، Herman , D., & Nelson , M., 1973*) والعلاج السلوكى بتنويعاته (*وارولو ، وميللر ، Wardlaw, G. & Miller , p. , 1978*) والعلاج بالتنفير (*ويكرا مسكيرا ، Wichramasekera,. I.,1978*)

وبجانب ذلك فقد جمعت بعض الدراسات بين أسلوبين من أساليب العلاج من قبيل استخدام العلاج النفسى بجانب العلاج بالعقاقير . (*بيرسون وآخرون ، Pearson, H.,et al .,1992*) (*فان وآخرون ، Van , S., et al ., 1992*) ، والعلاج السلوكى إلى جانب العلاج المعرفى (*ستويلين ، Stoylen , I., 1985*). (*سنايث ، كولينز Snaith,R.& Collins , S.,1981*) فى حين كانت هناك بعض الدراسات التى جمعت بين أكثر من أسلوبين من أساليب العلاج من قبيل (*مالتيزكى ، Maletzky, B.,1994*) الذى استخدم جلسات التحليل النفسى والعلاج الجماعى إلى جانب العلاج السلوكى والمعرفى.

ويهدف المعالج فى كافة الأساليب العلاجية – على إختلاف مسمياتها – إلى إحداث تغيرات إيجابية فى السلوكيات الجنسية المنحرفة بجانب السلوكيات الأخرى التى تشتمل على الجوانب المتصلة بقيمة الذات ، وذلك من خلال مساعدة المرضى على تعديل التأثيرات الثقافية ، والعائلية التى سببت بدورها إنحرافات جنسية بجانب اضطرابات نفسية

(*Caplan , R.,et al .,1978, p. 335*)

ومن الأمور التى يضعها المعالج فى علاج الانحرافات الجنسية الطرق والاتجاهات التى تختص بالميلاد ، والعرى ، واللعب ، والجنس المبكر ، والنضج الطبيعى ، والتوقعات ، والإدراك الذاتى ، وصورة الجسم ، وذلك لمالها من أهمية فى التطور النفسى – الجنسى سواء أكان ذلك بالنسبة للطفل أم للمراهق ، إذ أنها تقدم للمعالج الحقائق أو التاريخ المتصل بميلاد الطفل ، والأحاديث عنه سواء أكان مرغوبا فيه أم لا عند ميلاده ، وهل كان مرغوبا فى جنسه أم لا ، فضلا عما يكشف عنه ترتيب بين أخواته .

وبجانب ذلك يقوم المعالج بالحصول على المعلومات المتصلة بالصدمات التى مر بها المريض فى طفولته ومخاوفه ، وممارساته الجنسية غير المشروعة ، والمشكلات المتصلة بعملية التنشئة الباكرة ، من قبيل تذبذب العلاقات الوالدية أمام المريض فى طفولته ، واكتسابه لخبرات جنسية خاطئة عبر جماعة الأقران ، بجانب العبث مع أفراد الجنس الآخر ومايتصل بذلك من عقاب .

ولما كان السلوك الجنسى مشكلة نفسية – اجتماعية فإنه يمكن للعلاج الجماعى أن يؤثر فيه بدرجة كبيرة ، إذ يمثل فى وجه من أوجهه واقعا مصغراً للمجتمع لايركز على إزاحة الأعراض بقدر مايركز على استمرار التقرب المتدفق بين الأعضاء ، وتحقيق المشاركة العاطفية المتزايدة ، وتبادل الدفء ، وتوثيق الروابط ، التى تمثل فى حد ذاتها أهدافا متكاملة لعلاج الانحرافات الجنسية ، بقدر ما يهدف للتغلب على المقاومة التى يبديها أعضاء الجماعة

(Caplan . R. , et al . , 1978 , Pp. 333 - 341)

وبخاصة لدى الحالات التى تعانى من اضطرابات شخصية بصورة كبيرة فمن الأفضل استخدام العلاج الجماعى وذلك بوضع المريض فى جلسات مشتركة مع المراهقين من الجنسين، يعانون من نفس الأعراض وإن كان هؤلاء المراهقون قد يصابهم بعض الارتباك فى الجلسات الأولى نتيجة خوفهم من كشف مايعانونه من مشكلات أمام الآخرين ، كما لو كانوا لايستطيعون التحدث عن ذلك أو أنهم يخشون النبذ ، وعدم المساندة من الآخرين ولكن سرعان ما يشعر المريض بأن جماعته العلاجية تتسم بالتقارب والود والتعاطف

(Evans , J., 1982 , pp. 281 - 282) .

بقدر ما يتيح العلاج الجماعى الفرصة أمام المعالج كى ينبه المريض إلى مواقفه العدوانية ، بقدر ما يبين له أن طاقاته المكبوتة كانت نتاج الصراعات التى فجرتها مشاعر الكراهية لديه ، وأنه من المفيد التنفيس عنها وتصرفيها وذلك بتمثيلها أثناء جلسات العلاج الجماعى ، إذ إن تمثلها وطرحها يقوى الأنا لأن المريض يستبصر حالته أثناء ذلك ، ويعى أبعاد مرضه

وكأن العلاج الجماعى بهذا المعنى هو العلاج الذى يتوجه نحو خلق بيئة صحية يلقى فيها المرضى العناية والتسامح والموافقة على مايصدر منهم ، على أن يكون هناك بعض القواعد التى يحترمونها ويتعاملون معاً طبقا لها ، بقدر ما يساهمون فى أنشطة من شأن ممارستها أن تخلف لديهم اهتمامات معنية تجعلهم يسلكون بانضباط ومن ثم تثبت عندهم العادات الاجتماعية ، التى يمكن أن تكون بديلا للسلوك السابق غير المرغوب فيه (*عبد المنعم الحفنى (ب) ،١٩٩٢ ، ٨٥٦ – ٨٥٩*) .

وفى النهاية يجب أن نشير إلى أن المؤلفات التى تتناول علاج الانحرافات الجنسية فى تزايد مستمر وبخاصة تلك التى تهتم بالسجلات ، والتقارير عن المريض بقدر ما تهتم بوضعه فى جماعة علاجية كى تتيح له الفرصة لمناقشة مشكلاته أمام الآخرين ، وذلك لما له من أهمية فى العملية العلاجية . ***(Feldman , p.,1973 ., p. 165)***

وهو مايلزمنا بأن نعرض فيمايلى لإطاراً متكاملاً عن العلاج الجماعى بإعتباره من أهم الأساليب العلاجية المستخدمة مع المكتئبين والمنحرفين .

العلاج الجماعى Group Therapy

مقدمة :

لقد تغيرت نظرة العلماء إلى منهج العلاج الجماعى ، ففى البدء كان ينظر إليه على أنه يفتقر إلى الأساس العلمى ، بقدر ما كانت محاولات الإفادة منه تلقى كثيراً من المقاومة من قبل العاملين فى المستشفيات ، والعيادات النفسية ، أما فى الوقت الحاضر فهناك اهتماماً بالغاً بالعلاج الجماعى سواء أكان ذلك من حيث البحث العلمى أم فيما يتصل بالممارسة العلمية ، وينعكس هذا الاهتمام فى صدور العديد من الكتب والدوريات ، بجانب عقد المؤتمرات الدولية التى تتناول العلاج الجماعى *(عبد الرحمن عيسوى ، ١٩٧٩ ، ٢٣٦ - ٢٣٧)*

هذا ويستخدم العلاج الجماعى على نطاق واسع فى مستشفيات الأمراض العقلية ، وفى العيادات النفسية ، وفى عيادات توجيه الأطفال بجانب الملاجئ والمؤسسات الإصلاحية ، وغير ذلك من أماكن التجمعات البشرية من قبيل استخدامه مع حالات الذهان الحاد، والاضطرابات الحدية والاكتئاب ، والأعراض النفسية الناجمة عن المشاكل الأسرية كالحرمان أو أى مظاهر أخرى من شأنها تهديد الحياة أو الهوية ، بقدر ما يستخدم فى علاج المجرمين ، والجانحين ، وأرباب الشذوذ الجنسى ، ومدمنى الكحوليات ، والمخدرات ، بجانب علاج المرضى الذين يتصفون بالانعزال ، والميل للوحدة ، والشعور بالاغتراب ، وعدم القدرة على التعامل مع الآخرين بكفاءة.

(kapur , R. et al ., 1986 , p. 337) . (Whitake ,D.,1975 ,. p, 85) (عبد الرحمن عيسوى ، (Gottschoik ,I. & Davidson , R., 1972 , p. 54) ، ١٩٧٩ ، ٢٣٦ - ٢٣٩) ، (حامد زهران ، ١٩٧٨ ، ٣١٠ - ٣١١) .

كما يمثل العلاج الفعال للمراهقين الذين يعانون من عيوب فى الأنا ، والانحراف ، والانفصال ، والعلاقة بالموضوع ، والمثابرة الذاتية ، والنقص المعرفى ، والاستعداد للانضواء تحت المشاعر العدائية الكاسحة ، وذلك من خلال إحداث نوع من التوازن بين المنظمات النفسية الثلاث (الهو -الأنا - الأنا الأعلى) . فالمعالج يحاول مساعدة المراهق فى فحص الصراعات الكامنة بداخله ، والتى ترجع إلى مرحلة باكرة من مراحل الطفولة ، وذلك لفهم ماوراء الانحراف ، من قبيل التعرف على درجة الحساسية ، والاضطراب الوجدانى ، والانشغال بالحاضر ، ونقص الاستبصار لديه .

وعادة ما يجمع المعالج مابين تكنيك العلاج النفسى الفردى والجماعى ، إذ يعد ذلك أمراً مفيداً فى إقامة علاقة طرحية موجبة تتيح للمعالج الفرصة لمساعدة المريض فى بناء نموذج متطور لأليات التنفيس الذاتى ، وبخاصة لدى المراهقين الذين يتعرضون لصدمات عنيفة فى حياتهم ، وعلى أن يكون التعامل مع هذه الصدمات مسانداً ومحترماً لعمليات الكبت ، والمقاومة ، والدفاع، إذ أن الأمر يتطلب الحذر حول مسألة المواجهة التى قد تكون أمراً حرجا يرغب المعالج من خلاله جعل المراهق يرى حقيقة نفسه .

(Mishne ,J., 1986 , Pp. 295 - 296)

وكأن العلاج الجماعى هو المدى الذى يتيح للمريض كى يمسك بماضية والمتخفى ، واللاشعور بعامة فى مستوى شعورى ، فى مستوى المعرفة الشفاء لا المجهلة ، والتقدم حثيثا فى إتجاه إعاده البناء حيث الإمساك بمسارب المقاومة ، ومالم يكن يعرف أنه يعرفه فيعيد بناء واقعه والعالم فى مستوى زمانى ، ومكانى يصل الماضى بالحاضر والمستقبل فى بصيرة تعى ما كان لما سيكون ، ومن ثم التواصل من جديد مع عالم كان يرفضه ويهرب منه إذا امتنعت عليه الأسباب والعليه فامتنع الفهم وكان الفرار خلاصاً أخيرا لمتصل شاحب بعالم مكدر ، وهو ما يعنى – فى مستوى آخر – استثمار الليبيدو فى العالم وغلبة الحب ، واستعادة الوجدان المفقود ، والثقة بالآخر ، وتراجع زيف الحكم ، وتبدل الدفاعات إذ قويت الأنا ، ووواضحت الرغبة ، وتراجعت النرجسية الغشوم لعلاقات غيرية بالواقع بما هو واقع ، لابما هو توفيق بين فكرة زائفة فى نفسه والعالم ، ومن ثم استقامة المتخيل والرمزى .

(حسين عبد القادر محمد ، ١٩٨٦ ، ٧٤٨).

تعريفات العلاج الجماعى :

تعريف (عبد الستارإبراهيم ، عبدالله عسكر، ١٩٩٩)

هو محاولة للتغيير من السلوك المضطرب للمرضى ، والتعديل فى نظرتهم الخاطئة للحياة ، ولمشكلاتهم من خلال وضعهم فى جماعة بحيث يعمل التفاعل الذى يتم بينهم من جهة ، وبينهم وبين المعالج من جهة أخرى إلى تحقيق الأهداف العلاجية .

(عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر، ١٩٩٩ ، ٣٢٩) .

تعريف (عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤)

هو اجتماع عدد من المرضى لايقل عن اثنين وذلك تحت اشراف المعالج بحيث تؤدى العلاقة المشتركة بين المرضى والمعالج إلى تشكيل موقف جماعى حقيقى يسمح للمريض بسماع مشاكل الآخرين ، وكيفية محاولتهم حلها ، بقدر ما يعطيه مجالاً للتنفيس عن نفسه من قبيل ما يحدث فى الدراماالنفسية حيث يقوم المرضى أنفسهم بتمثيل مشاكلهم دراميا على المسرح بحضور المعالج *(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤ ، ٣٤٠)* .

تعريف (لطفى فطيم ، ١٩٩٤)

هو علاج يتكون من أحداث ووقائع تتم داخل جماعات ذات تنظيم رسمى تحمى أعضاءها ، ويقودها قائد متمرس ، وهو يهدف إلى إحداث تحسين عاجل فى اتجاهات وسلوك الأعضاء والقادة من خلال التفاعلات المحددة والمحكومة داخل الجماعة *(لطفى فطيم ، ١٩٩٤ ، ٤٩)* .

تعريف (حسين عبد القادر محمد وآخرون ، ١٩٩٣)

هو شكل من أشكال العلاج النفسى يقوم على علاج المريض داخل جماعة يختلف حول عدد أفرادها باختلاف المدرسة التى يتبعها المعالج ، والهدف من العلاج ، لكنه فى كل الأحوال يستحيل أن يقل عن اثنين . *(حسين عبد القادرمحمد وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٥١٠)*

تعريف (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢)

هو اجتماع عدد من المرضى يتراوح عددهم مابين (٥ –١٥) مريضا فى ظل وجود الطبيب الذى يقوم بمناقشة المشاكل ، والأمراض التى يعانيها هؤلاء المرضى فى هيئة جلسات جماعية بهدف الوصول إلى العلاج . *(أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٢٢٥)*

تعريف (محمد أحمد النابلسى ، ١٩٩١)

هو طريقة علاجية – نفسية يعمد فيها المعالج إلى استخدام طرائق التفاعل بين أفراد الجماعة بهدف مساعدة أفراد هذه الجماعة على تخطى صعوباتهم الانفعالية ، والعلائقية *(محمد أحمد النابلسى ، ١٩٩١ ، ١٧٧)* .

تعريف (محمود حموده ، ١٩٩١)

هو العلاج الذى يتم فى إطار جماعة من المرضى يتراوح عددهم من (٣ - ١٥) مريضا ممن يتشابهون فى اضطراباتهم بجانب معالج نفسى أو أكثر يسمح التفاعل القائم بينهم فى إحداث تغييرات فى شخصياتهم وذلك عن طريق تدعيم الأعضاء لبعضهم البعض

(محمود حموده ، ١٩٩١ ، ٥٣٤) .

تعريف كامبل ، (Campbell , R., 1989)

طريقة لمعالجة الاضطرابات الوجدانية وعدم التوافق الإجتماعى ، والحالات الذهانية ، وذلك فى ظل وجود معالج نفسى أو أكثر ، وتتنوع الإجراءات فى العلاج إلى حد كبير طبقاً لاختلاف المدارس المتصلة بالفكر النفسى ***(Campbell , R., 1989 , Pp.601 - 602)***

تعريف (فاخر عاقل ، ١٩٨٨)

هو اجتماع عدد من المرضى بجانب الطبيب المعالج الذى يقوم بإدارة المناقشات ، ويفترض هذا النوع من العلاج أن سماع المريض لمشكلات الآخرين ، وكيفية معالجتها تكون له آثار إيجابية على المريض. ***(فاخر عاقل ، ١٩٨٨ ، ١٦٧) .***

تعريف (كمال دسوقى ، ١٩٨٨)

صورة من صور العلاج النفسى الذى يقوم فيه المعالج بعلاج عدة أشخاص فى وقت واحد من خلال لقاءات جماعية تتيح لهؤلاء الأشخاص الفرصة للتعبير عن مشكلاتهم ، ومصاعبهم ، وذلك عبر المناقشات الجماعية التى يقوم فيها المعالج بدور القائد ، والتى تكون ذو آثار تصريفية وعلاجية على الفرد ، ويتميز هذا النوع من العلاج بالفاعلية بقدر مايتميز باقتصاده لوقت المعالج ***(كمال دسوقى ، ١٩٨٨ ، ٦١٣) .***

تعريف (أسعد رزق ، ١٩٨٧)

هو المعالجة الجماعية للإضطرابات العقلية أو العاطفية لدى جماعة من الناس بالوسائل السيكولوجية من قبيل استخدام السيكودراما ، و السوسيوجرام ، القائمين على إرتجال موجه للمشاهد وغايته حمل المرضى على تمثيل تصرفاتهم فى الحياة بغية مساعدتهم.

(أسعد رزق ، ١٩٨٧ ، ١٨٦) .

تعريف (أحمد عزت راجح ، ١٩٨٧)

هو علاج الحالات التى تعانى من سوء التوافق وذلك فى موقف جماعى يتيح لأفراد الجماعة فرص التفاعل والتأثير المتبادل بينهم ، وبين المشرف الذى يحرص على ألا يحتكر المناقشة بل يشجعها ، وهو ما يحدث بدوره تغييراً فى سلوكهم ، وأعراضهم ، بجانب نظرتهم إلى الحياة ، ولذا فهو يستخدم لعلاج الأطفال المشكلين ، وبعض حالات الفصام ، والاضطرابات الانفعالية ، والسيكوسوماتية ، بقدر ما يستخدم لعلاج مشكلات الحياة العائلية ، والمهنية ، والجنسية ، والإدمان بجانب توثيق العلاقات الإنسانية فى مجال الصناعة .

(أحمد عزت راجح ، ١٩٨٧ ، ٦١٨)

تعريف (حامد زهران ، ١٩٧٨)

هو علاج عدد من المرضى ممن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً وذلك بوضعهم فى جماعات صغيرة تتيح لهم فرص التفاعل والتأثير المتبادل مع بعضهم البعض ، وبينهم وبين المعالج (أو أكثر من معالج) مما يؤدى بدوره إلى تغيير سلوكهم المضطرب ، وتعديل نظرتهم إلى الحياة ، وتصحيح نظرتهم إلى أمراضهم ، وعادة مايتم ذلك بصورة غير مباشرة أوغير موجهة ***(حامد زهران ، ١٩٧٨ ، ٣٠٧)***

تعريف مولان ، ورسينبوم ، (Mullan, H., & Rosenbaum , M., 1978)

هو اجتماع عدد من المرضى بجانب المعالج على شكل دائرة بحيث تتيح التفاعلات الوجدانية القائمة بين الأعضاء من جهة ، وبينهم وبين المعالج من جهة أخرى فى مناقشة المشكلات التى يعانيها هؤلاء المرضى ، والوصول للحلول المناسبة من خلال توجيه أعضاء الجماعة كل منهم للآخر ***(Mullan , H, & Rosenbaum , M.,1978 , Pp. 177).***

تعريف كابلان . وصادوك ، (Kaplan , H. & Sadock , B.,1972)

أحد أشكال العلاج النفسى الذى يتضمن وجود مريضين أو أكثر فى ظل وجود معالج نفسى يقوم بتسهيل التفاعلات الوجدانية والمعرفية التى تؤثر بدورها فى إحداث تغير للسلوك اللاتوافقى للمرضى .

(Kaplan , H. & Sadock , B.,1972 (Glassory) , p. 19)

خلاصة وتعقيب :

لقد أشارت التعريفات التى تناولت العلاج الجماعى بأنه ذو قيمة علاجية كبرى فى التغلب على المشكلات ، والصعوبات التى يعانيها المرضى وذلك من خلال المناقشات الجماعية التى تتيح فرصا للتفاعل المستمر ، والتأثير المتبادل بين الأعضاء ، وهو ما يؤدى بدوره لإحداث تغييرات فى سلوكهم ، وأعراضهم وذلك فى ظل وجود المعالج الذى يقوم بدور القائد من خلال قيامه بحِّث كل فرد من أعضاء الجماعة على توجيه الآخرين ، ومساعدتهم فى التغلب على مصاعبهم ، بقدر ما يعد فى الوقت نفسه سنداً عاطفياً للمريض قد يعينه على الاستبصار فى نفسه وفهمها .

كما أوضحت هذه التعريفات إلى أن العلاج الجماعى يستخدم مع حالات الاضطرابات الانفعالية ***(محمد أحمد النابلسى ، ١٩٩١)***، وعدم التوافق الاجتماعى ***(كامبل ، Campbell, R., 1989)*** . بجانب الاضطرابات العقلية ***(أسعد رزق ، ١٩٨٧)*** . بقدر ما يستخدم لعلاج المدمنين ،والأطفال المشكلين الذين يعانون من مشكلات تتصل بالحياة العائلية ، أو المهنية أو الجنسية ***(أحمد عزت راجح ، ١٩٨٧)*** .

وقد أشارت بعض التعريفات إلى أهمية التجانس كعامل هام فى تكوين الجماعة العلاجية . ***(محمود حموده ، ١٩٩١)*** ، ***(حامد زهران ، ١٩٧٨)*** .

وفى الوقت نفسه فقد اختلفت بعض التعريفات التى تناولت العلاج الجماعى من حيث تحديدها لعدد أفراد الجماعة العلاجية فعلى حين حددت بعض التعريفات أفراد الجماعة باثنين من المرضى فأكثر . ***(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤)*** ، ***(حسين عبد القادر محمد وآخرون ، ١٩٩٣)*** ، ***(كابلان ، وصادوك ، Kaplan , H. & Sadock , B., 1972)***

أشار ***(أحمد عكاشة ، ١٩٩٢)*** بأن عدد أفراد الجماعة يتراوح مابين (٥ -١٥) مريضا ، فى حين حددها (**محمود حموده ، ١٩٩١**) بـ (٣ - ١٥) مريضاً .

ومن حيث عدد المعالجين فقد أشارت كافة التعريفات إلى وجود معالج نفسى واحد داخل الجماعة العلاجية ماعدا (**محمود حموده ، ١٩٩١**) . ***(كامبل ، Campbell , R., 1989)***، ***(حامد زهران ، ١٩٨٧)*** الذين أشاروا إلى إمكانية وجود أكثر من معالج داخل الجماعة العلاجية.

أنواع العلاج الجماعى :

يقسم سلافسون العلاج الجماعى إلى ثلاثة أنوا ع رئيسية :

١ - العلاج الجماعى النشاطى :

وهو يناسب الأطفال فى فترة الكمون حيث يتيح لهم الفرصة لإخراج عدوانيتهم وانسحاباتهم فى وجود راشد محايد ، ومتفهم ، ومتسامح ، بقدر ما يسمح لهم بتكوين الأنا الأعلى ، وتقوية الأنا لديهم ، ويعتقد سلافسون أن تلك النوعية من العلاج تعد بشكل سائد علاجاً للأنا ، إذ أنها غالبا ما تحدث فيها تغييرات للشخصية دون إعطاء الأطفال أى تفسير لذلك ، وبجانب ذلك يوصى سلافسون بعدم ممارسة المعالج لأى عقاب تجاه أعضاء الجماعة إلا عندما يتعذر على الجماعة ضبط نفسها .

٢ - العلاج الجماعى التحليلى : Psychoanalytic Group Therapy

وهو إجراء يعطى فيه التفسير للمريض بجانب النشاط والقدره اللفظية التى يتم تشجيعها ، وتفسيرها ، كما يتم فيه أيضا استدعاء الاستبصار ، وفى ذلك الإجراء يكون المعالج أكثر إيجابية عن كونه فى العلاج الجماعى النشاطى عاملا سلبياً .

ويقسم سلافسون العلاج الجماعى التحليلى لثلاثة أجزاء فرعية :

(أ) العلاج الجماعى باللعب

(ب) العلاج الجماعى بالمقابلة والنشاط

(جـ) العلاج الجماعى بالمقابلة وحدها .

(أ) العلاج الجماعى باللعب :

وهو يتلائم مع الأطفال الصغار فى الفترة ماقبل مرحلة الكمون حيث يحدث التطهير عبر اللعب مع المواد المختارة ، التى يعبر الأطفال من خلالها عن ما يشغلهم من خيالات وقلق .

(ب) العلاج الجماعى بالمقابلة والنشاط :

وقد صمم هذا الأسلوب ليتلائم مع الأطفال الذين يعانون من العصاب النفسى الشديد فى مرحلة الكمون من خلال إتاحة الفرصة لهم لتصريف ما بأنفسهم تجاه كل منهم للآخر كما هو الحال فى العلاج الجماعى النشاطى ، بقدر ما يسمح بإعطاء تفسيرات كافية لأنماط السلوك التى يعطيها الأطفال نحو بعضهم البعض ، وذلك من خلال المعالج الذى يقوم بإجراء المناقشات التلقائية سواء أكان ذلك بطريقة فردية مع طفل بعينه أم مع الأطفال ككل فى الجماعة العلاجية، والهدف من ذلك هو تحريك الفهم لدى الأطفال حول معانى سلوكهم وإثارة الاستبصار داخل المحركات اللاشعورية والخيالات لديهم .

(جـ) العلاج الجماعى بالمقابلة وحدها:

ويختص هذا الأسلوب بالمراهقين والبالغين الذين يتم اختيارهم عبر المعايير المحددة كى يجتمعوا معاً بطريقة يكون للمرضى تأثيراً علاجيا على بعضهم البعض .

والمعيار الأساسى المقترح عبر سلافسون إنما يكون فى تشكيله الأعراض المتلازمة الذى لايقف عند مجرد الأعراض ، والتشخيص المتجانس ... ولا يستخدم ذلك المعيار فى العلاجات الجماعية الأخرى ، إذ إن تجمع المرضى بدون أى اعتبارات خاصة مفترضة بأن المرضى يمكن أن يقبلوا ، ويحصلوا على الكسب من التجربة الجماعية .

وفى العلاج الجماعى التحليلى يكون الإجراء هو نفسه فى العلاج الفردى ، وحيث إن المرضى مراهقين ، وراشدين ، فإن التطهير يحدث عبر القدرة اللفظية ، والتداعى الطليق ، والمعالج النفسى هنا كما فى العلاج الفردى يفسر ، ويكشف ، ويساعد المريض على كشف مشاعر الذنب الناجمة بجانب مشاعر القلق ، والاتجاهات ، والقيم ، والسلوك لديه .

٢ - العلاج الجماعى المباشر الموجه :

ويدرج سلافسون تحت هذا الأسلوب تلك النشاطات التى تعمل كعملية بلاغية تعليمية تهذيبية علاجية خاصة مع الذهانين ، وقيادة الجماعة ، والاستشارة الجماعية ، والإنتعاش ، والترفيه العلاجى ، بجانب العديد من الجهود الجماعية لمساعدة المرضى للتوافق مع بيئتهم .
(Campbell , R., 1989 , p. 602)

تصنيف العلاج الجماعى :

يمكن تصنيف العلاج الجماعى تبعاً للأهداف التى يضعها المعالج فى اعتباره إلى ثلاثة أنواع :

١ - التدعيمى : Supportive

وهو يهدف إلى إبقاء المريض فى حالة اللامرض واللاصحة بمعنى منع الحالة من أن تسوء عما هى عليه والحد من وعى المريض بألمه بتسكينه بشكل أو بآخر كأن ينشغل عنه بالاهتمام بشئ آخر .

والعلاج هنا لايهدف إلى تبصير المريض أو إحداث تغييرات جذرية فى شخصيته ولكن إلى المحافظة قدر الإمكان على الوضع القائم مع إنقاذ مايمكن إنقاذه وترميم ماهو مخلخل ، فالعلاج التدعيمى يمنع التغيير إلى الأسوء .

٢ - البنائى Constructive

وهو الذى يهدف إلى إعادة بناء الشخصية الأمر الذى يتطلب درجة محدودة ومحكومة من الهدم ، وذلك من منطلق أن الأعراض ماهى إلا مظاهر لإضطرابات مستترة الأمر الذى يتطلب هدم الحواجز التى تخفيها وبالتالى إظهارها إلى الضوء ثم محاولة إعادة بنائها وترتيبها ، ويحدث ذلك بواسطة التحليل والتفسير وإعادة الالتزام بشكل يعيد ترتيب الأمور ولايكتفى بإبقاء الأوضاع القائمة على ماهو عليه والمعالج هنا يوازن بين إزالة القديم وبقاء الجديد ، حيث يهدف العلاج إلى تغيير محدد بهدف.

٣ - الجذرى : Radical

وهنا يتجاوز الهدف مجرد إعادة البناء بعد هدم محدود فيسعى إلى التغيير المستمر والعلاج هنا يهدف إلى التغيير لذاته بلا حدود أو نهاية ***(محمد شعلان ، ب ت ، ١٣ - ١٤)***

ويرى البعض تقسيمات أخرى للعلاج الجماعى من قبيل :

١ - السيكو دراما Psychodrama وهو منهج من العلاج الجماعى اصطنعه « مورينو » ***(Morenoe , 1946)*** ويعتمد فيما يوحى اسمه على ممارسة الأدوار وتمثيلها فى داخل

الجماعة من خلال تشجيع المرضى على ممارسة بعض الأدوار الهامة (كدور الأب ، أو الابن) بحيث يستطيع المريض أن يكتشف مشكلاته هو الشخصية ، وأخطائه فى عمليات تفاعله بالآخرين. *(عبد الستار إبراهيم ، عبدالله عسكر ، ١٩٩٩ ، ٣٣٠)* .

٢ – جماعة الحساسية Sensitivity Group التى يحاول فيها المشاركون زيادة وعيهم الذاتى وفهمهم لدينامية الجماعة .

٣ – جماعة T أو الجماعة التدريبية (Training Group) وهى جماعة تلتقى لكى يتعرف الواحد من أعضائها على شئ جديد عن نفسه ، وعن علاقاته مع الغير . وعن العمليات الجماعية وأنظمتها .

٤ – وهناك جماعة الماراثون Marathon Group ، وهى جماعة تلتقى لمدة طويلة تتراوح بين ٨ – ٧٢ ساعة وهدفها تنمية الألفة وتشجيع التعبير الصريح عن العواطف .

٥ – وهناك العلاج الجماعى الذى يتحدد فى نطاق العائلة كوحدة متكاملة ومتفاعلة – العلاج العائلى Family Therapy – وهذا العلاج بنى على أساس الاعتقاد بأن العائلة هى الوحدة التى تنشأ فيها الاضطرابات النفسية والعقلية ، وهى لذلك الوحدة التى يجب أن يتوجه إليها الأسلوب العلاجى .

٦ – وهناك العلاج الجماعى فى أصغر وحداته وذلك عندما يشارك الزوجان فيه ويسمى بالعلاج الزوجى ، ويتجه هذا العلاج إلى فهم أوجه عدم التوافق بين الزوجين فى النواحى المختلفة من حياتهما بما فى ذلك حياتهما الجنسية . *(على كمال ، ١٩٩٤ ، ٤٤٨ – ٤٤٩)* .

٧ – ونما حديث شكل آخر من أشكال الجماعات العلاجية يسمى باسم جماعات الحوار Encounter Groups وذلك لتدريب الفرد من خلال مواجهة الجماعة على تطوير إمكانياته الشخصية وتدريب حساسيته حيث يعبر الفرد بصراحة وأمانة عن مشاعره نحو الآخرين من داخل الجماعة أو خارجها ، ولهذا يلجأ لهذا النوع من العلاج الأشخاص الذين لاينتمون بالضرورة للمرضى النفسيين والعقليين . *(عبدالستار ابراهيم ، عبدالله عسكر ، ١٩٩٩، ٣٣٠- ٣٣٤)* .

الإعداد للعلاج الجماعى :

يعتبر الإعداد لجماعات الحوار كأحد أساليب العلاج عملية معقدة ، صعبة ، تستغرق وقتا ، ولكنها عملية حيوية يتوقف عليها إلى حد كبير مدى نجاح عملية العلاج ، لذا فإنه من المهم أن ننظر إلى عملية الإعداد على أنه جزء فى عملية العلاج الجماعى نفسه . ***(حامد زهران ، ١٩٨٧ ، ٣١١)*** . فإذا أراد المعالج الجماعى أن ينفذ خطته بنجاح فيجب عليه مسبقاً أن يهتم بعدد من التفاصيل الضرورية التى تتضمن :

١ - تحديد حجم الجماعة :

يتوقف عدد أفراد الجماعة العلاجية على عدد من الاعتبارات منها :حنكة المعالج ، وكفاءته فى قيادة الجماعة وخبرته ، واطمئنانه لمهاراته وقدرته القيادية ، ومن المفضل أن يتراوح عدد أفراد الجماعة من (٥ -٦) أفراد بالنسبة للمعالج المستجد ، وأن يزداد هذا العدد حتى يصل إلى ما يقرب من (١٠) أفراد بالنسبة للمعالج الخبير لأن من السهل على المعالج الخبير أن يتابع أفراد الجماعة ويدمجهم جميعاً فى جو الجماعة وتفاعلاتها ، وهو ما يجده المعالج قليل الخبرة أمراً صعباً .

ويتوقف حجم الجماعة أيضا على مدى تعقد الإجراءات العلاجية المستخدمة ، فإذا استخدمنا شكلا واحداً من العلاج فمن الممكن زيادة حجم الجماعة لتصل إلى (١٠) أو (١٢) فرداً ، أما إذا كان الأمر يتطلب إجراءات خاصة لكل فرد فيها ، فإنه من الأفضل التعامل مع جماعة صغيرة حتى بالنسبة لمعالج محنك . بجانب عدد المعالجين المتواجدين أثناء الجلسات العلاجية ، فكلما زاد المعالجون كلما كان من الممكن زيادة حجم الجماعة إلى (١٠) أو (١٢) فرداً . ***(عبد الستار ابراهيم ، عبد الله عسكر ، ١٩٩٩ ، ٣٢٧ - ٣٢٨)*** .

٢ - عدد الجلسات وطول كل منها :

تعد الجلسات واحدة من أهم أدوات الجماعة العلاجية ، التى يتم من خلالها تغيير الاتجاهات الشخصية للفرد ***(Whitaker , D., 1975 , p.85)*** ويفضل غالبية المعالجين أن تتم الجلسات بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع وإن كان من الأفضل أن تكون الجلسات فى البداية مرتين أسبوعيا للمساعدة على تيسير التفاعل بين أفراد الجماعة ، ومراقبة المشكلات ، وتحديد الأهداف العلاجية لكل مريض بدقة على أن تستغرق الجلسة الجماعية عادة من ساعة إلى ٣ ساعات بمتوسط ساعتين . ***(عبد الستار إبراهيم ، عبدالله عسكر ، ١٩٩٩ ، ٣٣٩)***

إذ إن الجلسات العلاجية التى تمتد مابين ١,٥ : ٢ ساعة بمعدل مرتين كل أسبوع تكون ذات فاعلية كبيرة بالنسبة للمرضى ، وإن كانت الملاحظة جديرة بأن ترى أنه فى أوقات الطوارئ قد تكون الجلسات الإضافية ذات فائدة مساندة فى العملية العلاجية وهو مايدفع بعض المعالجين لاستخدام جلسات فردية لمدة ساعتين من كل أسبوع مع الأعضاء المختارين يدعمون من خلالها الاتجاهات الإيجابية للعملية العلاجية .

وفى كل الأحوال يجب تثبيت زمن الجلسة سواء أكانت ساعة أم ساعة ونصف الساعة ، أم ساعتين وإن إختلفت آراء المعالجين فالبعض يشير بأن الجلسات التى تستمر لمدة ساعة واحدة تعد فترة غير كافية ، إذ إن تفاعل الجماعة غالبا ما يكون فى قمته فى نهاية الساعة الأولى ، وربما أراد أعضاء الجماعة أن يفسروا ما يصدر عنهم من سلوكيات ، بينما يرى البعض الآخر بأن الجلسات العلاجية التى تمتد لأكثر من ساعة ونصف الساعة تكون متعبة لكل من المريض والمعالج على السواء بسبب التشديد « التركيز » على الاستجابات (المتضمنات) العاطفية
(Mullan , H. & Rosenbaum , M.,1978 , Pp. 78 - 80)

لذا فمن الأفضل أن تستمر الجلسة الساعة ونصف الساعة (***عبد الرحمن عيسوى ، ١٩٧٩ ، ٢٤١***) أما عن عدد الجلسات فهى تصل فى المتوسط إلى العشرين (***روبرت هاربر ، ١٩٧٤ ، ٢٠٢***)

وفيما يتصل بمواعيد الجلسات العلاجية فعلى المعالج اختيار أفضل الأوقات التى تلائم حاجات مرضاه ، وعدم تغيرها سواء من حيث الأيام أم من حيث ساعات اللقاء ، فذلك بدوره يؤدى إلى بناء الجماعة بصورة متماسكة ، بينما يؤدى التغيير أو عدم التحديد من جانب المعالج إلى جعل مرضاه يستخدمون أساليب عدم التأكيد بقدر ما يجعلهم يستخدمون بعض الأعذار لاستثناء أنفسهم من دخول الجماعة العلاجية والاستمرار معهم ، وعادة ما يكونون أقرب لعدم الاستمرار فى العلاج الجماعى .

(Mullan , H., & Rosenbaum , M., 1978, Pp.79 - 80)

أما عن طريقة الجلوس فأفضل الأوضاع وأكثرها فاعلية هو أن يجلس الأفراد على شكل نصف دائرة وذلك حول مائدة كبيرة (***عبد الرحمن عيسوى ، ١٩٧٩ ، ٢٤١***) حيث يمثل وضع الجلوس الذى يختاره المريض أمراً هاماً فى العملية العلاجية إذ يفضل بعض المرضى الجلوس

بجانب فرد معين ، وهو ما يضعه المعالج موضوع التحليل لتفسير ديناميكية الجماعة، وفيما يتصل بتسجيل الجلسات العلاجية فلابد أن يخبر المعالج مرضاه بذلك وأن يذكر لهم أن ذلك بغرض الفائدة ، والمصلحة لهم شريطة أن يكون ذلك فى أول جلسة .

(Mullan , H., & Rosenbaum , M., 1978, Pp.78 - 81)

ومن حيث كيفية إدارة الجلسات العلاجية نلاحظ ما يلى :

يعتمد بعض المعالجين على تأثيرهم الشخصى على مرضاهم . ويجعلون من محاضراتهم وتوجيهاتهم مركز الثقل فى أسلوب العلاج . بينما يعتمد البعض الآخر من المعالجين على أعضاء الجماعة أنفسهم فى إلقاء أغلب الأحاديث ، وتبادل الآراء والمناقشات ، مع أقل تدخل ممكن من جانب المعالج وهو مايعتمد عليه. كما يفضل بعض المعالجين دعوة المرضى الذين تم شفاؤهم إلى القاء أحاديث على المرضى الحاليين ، يقصون فيها خبراتهم أثناء المرض وخلال تقدمهم نحو الشفاء. *(حامد زهران ، ١٩٧٨ ، ٣٢٠)*

وبالرغم من ذلك فقد يصادف المعالج بعض الصعوبات فى العلاج ، أهمها ، مقاومة المرضى، وتردد المريض فى قبول العلاج والدخول فيه ، بجانب فضول بعض المرضى تجاه بعض طرق العلاج ، وهنا يواجه المعالج صعوبة فى إدارة العملية العلاجية ، وبخاصة فى البدايات التحضيرية حيث ينتابه حالة من القلق إزاء الأسئلة التى تواجهه من مرضاه من حيث مدى فاعلية العلاج وجدواه ، بجانب بعض المواقف الطارئة ،ومن العوامل التى تقلل من هذه الصعوبات هو إزدياد خبرة المعالج الذى لابد أن يكون إيجابيًا ومباشراً فى بداية العلاج إزاء تلك المشكلات التى تواجه مرضاه من قبيل عدم القدرة على المواصلة فى الجلسة العلاجية ، بجانب عدم ثقة المريض فى العلاج أو الجماعة العلاجية ، بقدر مايكون متعاطفا مع اضطرابات المريض وقلقه ، وذلك من خلال قيام المعالج بفحص اعتراضات المرضى نحو الجلسات العلاجية ، التى قد تكون تعبيراً عن المقاومة للعلاج ، وهو ما يتطلب التحليل والتفسير ، بجانب ملاحظته للتغيرات الشخصية لمرضاه .

(Mullan , H., & Rosenbaum , M., 1978, Pp.76 - 80)

من قبيل قيام بعض المرضى العدوانيين والسيكوباتيين بالسخرية من أعضاء الجماعة العلاجية الآخرين ، وهذا بدوره يؤدى لتعرض العملية العلاجية للخطر « للانهيار » من قبل تصرفاتهم تجاه الأعضاء الآخرين ، وفى هذه الحالة فعلى المعالج أن يقوم بوضعهم فى جماعة

أخرى تكون لديها القدرة فى التعامل معهم بطريقة أفضل ، وإن لم يكن ذلك بالإمكان فيجب أن يبدأ المعالج بالعلاج الفردى إلى أن يحين الوقت الذى يصبح فيه هؤلاء المرضى أكثر قدرة على الانضمام للجماعة العلاجية مرة أخرى .

(Mullan , H., & Rosenbaum , M., 1978, Pp.212 - 213) .

٣ - تجانس الجماعة :

يشير البعض إلى أهمية تشابه أعضاء الجلسة العلاجية فى أعراضهم ومشكلاتهم ، فهذا بدوره يؤدى إلى الإهتمام المتبادل ، والتعاطف والمشاركة الوجدانية بين الأعضاء . ***(حامد زهران ، ١٩٧٨ ، ٣١١ - ٣١٢)***

كما أن أفضل النتائج التى يمكن أن يصل إليها المعالج تكون من خلال جماعة متماثلة من حيث الجنس (ذكور أو إناث) ولا تختلف إختلافات شديدة فى العوامل الأخرى من قبيل التعليم ، والمستوى الاقتصادى ، فالتجانس الجنسى يقلل من مستوى القلق ، وبالتالى يزيد من فرص التفاعل بين أفراد الجماعة المتجانسة بقدر ما يساعد كل فرد على التوحد بالآخر وبالتالى تقبله كنموذج وكصديق مما يخفف كثيراً من التوترات ، ويزيد من عمق الاتصال بين أفراد الجماعة ، وكلما كان أفراد الجماعة متماثلين من حيث المشكلات المطلوب علاجها ، كلما كان من السهل تحديد الإجراءات العلاجية وخطة البرنامج العلاجى .

ويساعد التجانس فى المشكلات من قبيل المشكلات الأسرية ، نقص الثقة بالذات ، والقلق على تسهيل الإجراءات العلاجية ، على أنه يجب أن نحذر من التجانس الشديد ، فمن ناحية قد يؤدى التجانس الشديد إلى انشغال المعالج بوضع خطة علاجية واحدة متجاهلا بذلك بعض المشكلات الأخطر شأنا التى قد يكتشفها بين أفراد الجماعة بعد بدء العلاج .

(عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر ، ١٩٩٩ ، ٣٤٠ – ٣٤١)

٤ - اختيار المكان الملائم للجلسات :

يتوقف اختيار المكان على نوع المشكلة المطلوب علاجها ، ولهذا فكلما كان اللقاء فى البيئة الطبيعية التى سيتفاعل فيها المريض بعد علاجه كلما كان ذلك أفضل ، على أن الانتقال إلى الأماكن الطبيعية يجب أن تسبقه جلسات توجيهية تكون فى أماكن جذابة ومريحة أو فى عيادة نفسية ، حيث تكون لها هيبتها وجاذبيتها للمرضى .. على أن تنتقل الجلسات تدريجيا إلى

مواقع حية ، حيث تتم مراقبة المريض من قبل المعالج وأعضاء الجماعة الآخرين فى مواقف فعلية يمارس فيها ما سبق له أن تعلمه فى الجلسات التوجيهية على أن يتلو ذلك جلسات تصحيحية تتم فى العيادة من جديد . ***(عبد الستار إبراهيم ، عبدالله عسكر ، ١٩٩٩ ، ٣٤٢)***

ولكى نقلل من التشتيت فمن الأفضل ألا يكون هناك هاتف فى المكان الذى تجرى فيه الجلسات ، ذلك أن الرنين ، والإجابة على المكالمات لاتعطى للأعضاء فرصة للتعبير عن المشاعر العدوانية ، وعدم الرضا ، فضلاً عن شعورهم بأن هناك ما يفقد استخدامهم للوقت المحدد أثناء الجلسة ، ليس ذلك فحسب فمن المفضل عدم وجود أى شخص آخر بخلاف أعضاء الجماعة والمعالج أثناء الجلسة العلاجية ، فهذا بدوره يساعد على إقامة العلاقة الطرحية بين أعضاء الجماعة والمعالج ***(Mullan , H., & Rosenbaum , M., 1978, p.78)***

٥ - إختيار أفراد الجماعة :

كإجراء عام ، يقوم المعالج بإجراء مقابلة فردية لكل فرد مرشح للإنضمام إلى الجماعة قبل أن تعقد الجماعة أول جلسة لها ، وفى هذه المقابلة يحاول المعالج أن يعرف شيئا عن مشكلات الشخص وأن يشرح له كيف تعمل الجماعة ، وأن يعطيها الفرصة ليقرر ما إذا كان يرغب فى الانضمام إلى الجماعة أم لا . ***(روبرت هاربر ، ١٩٧٤ ، ٢٠٢)***. إذ إن هناك بعض المرضى يقررون الإنضمام للجماعة العلاجية ولكن سرعان ما يغادرون الجلسات العلاجية ، وهذا بدوره يحدث نوعا من الصدمة لدى العضو الآخر الذى اندمج مع المريض الذى قرر المغادرة دون أن يكون هناك سبباً واقعيا لتلك المغادرة .

لذا يشير «بروس» إلى أن هناك خمسة عوامل تحفز قيام المعالج باستبعاد المريض فى جلسات العلاج الجماعى وهى على النحو التالى :

- شعور المريض بعدم المساواه فى الوقت الذى يكون فيه المرضى الآخرين أفضل براعة فى ديناميات العلاج الجماعى « أنا لا أعرف ما يتحدثون عنه »
- الخوف من فقدان التحكم فى دوافع الفرد غير المعقولة « ماذا على أن أفعله لهم ؟ »
- الخوف من المجهول غير المتوقع كما يرى فى السلوك غير المعقول للجماعة « ماذا سيفعلون بى ؟»

- الهروب من نزعات الفرد الجنسية ، والخوف من مواجهة ذلك فى وجود الآخرين « أنا أشعر بالخجل والخزى لو اكتشفوا ... ».

- الهروب من أى موقف متكرر لظاهرة الطرح .

(Mullan , H., & Rosenbaum , M., 1978, Pp. 210 - 211)

ومن الأمور الهامة التى يضعها المعالج فى اعتباره هو أن يكون لدى المريض رغبة واضحة فى أن يصبح عضوا فى تلك الجماعة العلاجية ، *(عبد الرحمن عيسوى ، ١٩٧٩ ، ٢٤٠)*

التى تلعب دوراً كبيراً فى إدراكه لذاتيته من خلال اتجاهات الآخرين نحوه ، التى تصبح بعد ذلك بمثابة أحكام يصدرها الآخرين على الفرد ، لذا تزداد خطورة هذه الأحكام خاصة إذا كان الفرد قد مر بخبرات صادمة من قبيل الإنكار أو الحرمان أو الرفض ، فقد تؤدى هذه الخبرات بدورها إلى تجاهل الآخرين للفرد ، مما يؤدى إلى شعوره بأنه غير مرغوب فيه ، ولا يمثل قيمة بالنسبة للجماعة ، بقدر ما يشعره بأنه غير محبوب ، وربما يسيطر عليه هذا الشعور بصفة دائمة فى حياته المستقبلية *(Forster , E., 1977, p. 164).*

ولهذا يحتاج معظم المرضى إلى إعداد خاص من جانب المعالج قبل الإنضمام إلى الجماعة العلاجية وذلك على النحو التالى :

- إعداد المريض بما يكفل تحمله لضغط الجماعة العلاجية .

- إعداده للثقة فى رفاقه أعضاء الجماعة .

- تهيئته لكى يصبح واحداً من أعضاء الجماعة بالفعل .

- ضمان عدم لجوئه إلى المقاومة بشكل يعوق الإفادة من العلاج الجماعى .

- إفهامه أنه سوف يستفيد من الموقف والوسط الاجتماعى فى الجماعة العلاجية كما أنه سوف يفيد رفاقه أعضاء الجماعة علاجيا فى نفس الوقت *(حامد زهران ، ١٩٧٨ ، ٣١٢ – ٣١٣)*

٦ - تعريف أفراد الجماعة وإعلامهم بالخطة العلاجية :

عادة ما لايكون أفراد الجماعة على علم مسبق بطريقة جلسات العلاج الجماعى ، وقيادته وأنماط التعامل فيه لهذا يفضل أن يعرف المعالج كل مريض على حدة مسبقا بما سيتوقعه من

الجلسات وبالطريقة التى سيعامل بها ، ويجب مساعدة الفرد بعد ذلك على اتخاذ القرار الملائم له . وذلك دون إغراق المريض بالتفاصيل النظرية (*عبد الستار إبراهيم ، عبدالله عسكر ، ١٩٩٩ ،٣٤٣*)

وفى ضوء هذا الأسلوب لايعد المعالج جدولاً للمناقشة ، وإنما الأعضاء يختارون بحرية مادة النقاش ودور المعالج هو المرآة التى تعكس وتوضح الاتجاهات والمشاعر التى يتم التعبير عنها فى الجماعة وكأن المسئولية الكبرى فى العلاج تقع على الأعضاء الذين يكتسبون خبرة كبيرة فى معالجة بعضهم البعض ، وذلك بعد حضور عدد من الجلسات حيث تصبح الجماعة أكثر تسامحا وتقبلا وأقل تروعاً للتفسيراً ، والنقد والتقييم وبحكم وجود الفرد فى وسط جماعة فإنه يكون أمامه فرصة لتكوين علاقات إنسانية متبادلة مع أى عدد من المرضى بدلاً من وجود علاقة واحدة مع المعالج . (*عبد الرحمن عيسوى ، ١٩٧٩ ، ٢٧٣ - ٢٧٤*)

المراحل التى تمر بها بناء جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى :

لقد أوضح «روجرز» أن بناء جماعات الحوار يميل لاتباع برنامج بعينه يمكن تنظيمه داخل اتجاه سلوكى ، وذلك على النحو التالى :

١ - **مرحلة الدوران :** وهى مرحلة الاختلاط ، والارتباك ، والصمت ، والتفاعل السطحى والذى يشار إليها كحدث غفل يبدأ بالتعثر .

٢ - **المقاومة للتغير الشخصى أو الاكتشاف :** وذلك عندما يخاطر الفرد بكشف بعض الاتجاهات الشخصية ، التى يقابلها الأعضاء الآخرين باستجابات ثنائية تميل إلى قطع المشاعر المتبادلة بينهما .

٣ - **وصف الأحاسيس الماضية :** حتى لدى الأشخاص المعبرين عن الثنائية فيما يتصل بالاتجاهات الشخصية ، مع إتاحة المجال للمناقشة للأعضاء كى يروا الخبرات الماضية مرة أخرى .

٤ - **التعبير عن المشاعر النفسية :** لأعضاء الجماعة الذين يميلون إلى أن يكونوا سلبيين، فلقد افترض « روجرز» أنه عندما يتم التعبير عن المشاعر السلبية وقبولها فإن مناخ الثقة يكون قد بدأ فى التطور الذى يسمح بمناقشة الموضوعات المرتبطة بالمشاعر غير السارة ، التى يتم تجنبها فى العلاجات المتبادلة خارج الجماعة .

٥ - **التعبير عن المشاعر المتبادلة المباشرة :** سواء أكانت إيجابية أم سلبية بين أعضاء الجماعة تجاه بعضهم البعض داخل الجماعة العلاجية .

٦ - **نمو الطاقة الشافية فى الجماعة :** وعند تلك المرحلة من التطور يصبح أعضاء الجماعة متعاونين مما يسهل الحركة العلاجية عبر الاقتراحات المفيده ، والقبول المتعاطف فيهم.

٧ - **القبول الذاتى فى بداية التغير:** حيث يبدأ الأعضاء فى قبولهم لأنواع سلوكهم *(Goldstein , A.& Wolpe,J.,1972 ,p.128)*

أما «كوفى » Coffey فيشير إلى أن هناك ثلاث مراحل تمر بها الجماعة العلاجية وذلك على النحو التالى :

١ - **مرحلة الدفاع والمقاومة :** وفيها يقوم المرضى بالتعبير عن الصراعات بين الأدوار الشعورية ، واللاشعورية التى أدت إلى صعوباتهم فى علاقاتهم الإنسانية المتبادلة ، ويقتصر دور المعالج فى هذه المرحلة على السماح لأعضاء الجماعة بالتعبير الحر عن وجهات نظرهم فى وصفهم لأنفسهم ومشكلاتهم .

٢ - **مرحلة الائتمان على الأسرار:** وفيها تعطى الأهمية لمناقشة الأحلام ، والتخييلات ، والخبرات المبكرة . والتخفيف من القلق الخاص بالأدوار الاجتماعية الشعورية ، ويقوم المعالج فى هذه المرحلة بتعضيد اختبار الأدوار اللاشعورية ، والكشف عن مصادرها الممكنة ، وإعطاء المادة التعضيدية والتوضيحية المستمدة من المعلومات التى جاء بها فى المرحلة الأولى ، وهناك نزعة إلى أن تتكون رابطة قوية من روابط العلاقات الإنسانية بين أفراد الجماعة فى هذه الفترة.

٣ - **المرحلة التكاملية التوقعية :** حيث تتسع التفسيرات ، ويزداد شمولها ،ويقدم كل عضو ملخصاً شاملاً ، وتتكون جلسات تلك المرحلة من الجلسات السبع الأخيرة من بين مجموع الجلسات البالغ عددها ٢٤ جلسة وهنا يصبح المريض واعياً لصراعاته ويستطيع تكوين وجهات نظر جديدة نحو نفسه ، ونحو علاقاته بالآخرين ، ***(عبد الرحمن عيسوى ، ١٩٧٩ ، ٢٧٦ – ٢٧٧)*** ، ***(روبرت هاربر ، ١٩٧٤ ، ٢٠٨ – ٢٠٩)***

وباختصار فالبناء يتضمن توجيه وتحضير لأعضاء الجماعة بقدر مايتضمن وضع الحدود والقواعد الأساسية التى تجعل لكل عضو من أعضاء الجماعة هدفاً يعمل من خلاله سواء لنفسه أم للجماعة ككل . وبجانب ذلك فهناك بناء واضح متطلب لدى المرضى يتيح للمعالج الفرصة كى يتواصل مع كل عضو من أعضاء الجماعة بقدر ما يكون هناك بناء صارم يختص بالمريض الذى يصل متأخراً فى موقف يشير للقلق ، ذلك أن الحدود واضحة ، ومن ثم يتم سؤاله بطريقة آمنة ومنتظمة *(Kapur , R., et al , 1986 , p. 342)* .

دور المعالج :

لقد أوضح *(بتشر، Betcher , R. 1983)* أن المهمة الأولية للمعالج هى خلق جماعة متماسكة تشجع المرضى كى تتكون لديهم المسئولية نحو علاجهم *(Betcher,R., 1983 , P. 370)* وذلك من خلال تهيئة الجو العلاجى الذى يسود فيه الحب ، والتقبل ، والتسامح ، والفهم ، والحرية ، وغير ذلك من ضرورات الجو العلاجى السليم . *(حامد زهران ، ١٩٧٨ ، ٣١٣)* . الذى يتيح للمرضى القدرة على التعامل مع الكل لتطوير الأمل ، وتنظيم التفاعل ، وإحداث تغييرات إيجابية *(Kapur, R., et al ., 1986, p. 343)*

وهنا يواجه المعالج مهمة جد صعبة تتمثل فى تأسيسه لبعض الأنشطة الجماعية التى تتسم بالتأثير الشديد ، بقدر ما تتسم بالتعدد والواقعية كى يمكنه من خلاله تخليص المرضى من الجروح العاطفية التى مروابها وبخاصة فى الماضى *(Kleir , R.,1977, p.205)*

فمهمة المعالج تجاه مرضاه تتمثل فى حل صراعاتهم الداخلية ، والتخفيف من قلقهم ، وإزالة أعراضهم وتحسين علاقاتهم المتبادلة ، وزيادة معدل إختبارات الفرد ، والاتجاه نحو الإنجاز الذاتى ، بجانب التقليل من مشاعر الوحدة ، وإعادة تنظيم التراث بصورة أفضل .

(Whitaker , D.,1975, p.98)

وذلك من خلال تأييد المعالج للسلوكيات الإيجابية التى تدعم البرنامج العلاجى . من خلال الاستجابات العاطفية التى يبديها أعضاء الجماعة تجاه بعضهم البعض ، إذ أن هذه السلوكيات تمثل بدورها جزءاً هاماً فى التغلب على التوترات ، والإحباطات التى قد تتطور بين أعضاء الجماعة الذين غالبا ما يعبرون عن تقديرهم لصراحة قائد العلاج (المعالج) أثناء عملية العلاج الجماعى *(Caplan , R. et al . .,1978 , p. 333)*

ويتوقف الدور الذى يقوم به المعالج على نوعية المرضى الذين يتعامل معهم ، فالمرضى شديدى الاضطراب يجدوا صعوبة جد كبيرة فى أن يتحملوا صمت المعالج لبعض الوقت ، فهم يحتاجون لمن يشعرهم بوجودهم ، ويستمع لهم ، ويتعاطف معهم ، وبجانب ذلك فهناك أوقات يكون فيها المعالج أقل فاعلية وذلك عندما يرى الجماعة تسير بصورة جيدة دون التدخل منه ، بقدر ما يكون هناك أوقات تسير فيها الجماعة على مايرام ولكن المعالج يراها فرصة لكى يتدخل وذلك لمصلحة الفرد ، بينما تكون هناك أوقات يشعر المعالج أن الجماعة فى أزمة ، ويجب عليه التدخل من قبيل إتخاذ الجماعة اتجاهاً مدمراً تجاه واحد من أعضائها .

(Whitaker D.,1975,p.97)

فالمعالج لابد أن يكون قادراً على توجيه الإحترام الإيجابى للجماعة بقدر ما يكون واثقا فى قدرتهم على تحمل مسئوليتهم ، وأن يكون قادراً على ضبط نفسه ، وألا يتدخل أو يفرض رأيه على الموقف ***(عبد الرحمن عيسوى ، ١٩٧٩ ، ٢٧٤)*** .

وتكون مهمة المعالج هو أن يجعل المريض يتحدث بحرية كلما أمكن ذلك ، بينما يبقى هو نفسه مصغيا ، وهو يتوصل إلى ذلك عن طريق الطرح الذى يتيح للمعالج أن يفهم ويفسر اتجاهات المريض نحوه ، بقدر ما يساعده على تفهم مصاعب المريض فى علاقته بالآخرين ***(لطفى فطيم ، ١٩٩٤ ، ٤٣٠)***

ويعتبر البعض أن مهمة المعالج فى التفسير أو التأويل من أكثر مهامه وزناً .وتنقسم أنواع التفسيرات التى يمكن أن يقدمها أى معالج إلى ثلاث مجموعات رئيسية :

١ – المجموعة الأولى : هى جعل ماهو غير مفهوم مفهوماً

٢ – المجموعة الثانية : هى إبراز الصلات بين الأحداث والأعراض وسمات الشخصية

٣ – المجموعة الثالثة : فهى توضح التناقض بين ما يقول المريض أنه يشعر به ، وبين ما يحس بالفعل من خلال وصفة لسلوكه ***(لطفى فطيم ، ١٩٩٤ ، ٤٤)***

من قبيل وجود مريض اكتئابى كانت تنتابه حالة من الريب والشك داخل الجماعة العلاجية عندما كانت الجماعة تناقش موضوعات العلاقة بالموضوع مما أدى لتركه للجلسات العلاجية ، وقد فسر المعالج هذا السلوك باعتباره استمرارا لقلقه حول مناقشة موضوعات العلاقة

بالموضوع ، وكيف أن تلك الموضوعات تعد مصدراً للآلام لديه ، وقد وافقت الجماعة على ذلك التفسير ، واعتبرت أن عدم حضور المريض هو بمثابة سلوك دفاعى قام به المريض الاكتئابى ضد قلقه ومخاوفه التى تسبب لها شعوراً بالآلام *(Kapur ,R.,et al .,1986.p.343)*.

فالمعالج لابد أن يكون حساسا للحاجات الفريدة لكل عضو من أعضاء الجماعة , كما يجب أن يضع فى اعتباره الآثار المترتبة على صدمات الحياة التى مربها الفرد من قبيل الميلاد، والطلاق ، والمرض الجسدى والاضطرابات العاطفية ، والإعاقات الجسمية بقدر ما يتعامل مع المشكلات المتصلة بالطرح ، والطرح المضاد ، والمقاومة التى يبديها الفرد أثناء العملية العلاجية *(Caplan,R.,et al ., 1978 ., p. 338)*.

فنجاح العملية العلاجية يتوقف على دقة التشخيص والاكتشاف العميق لتاريخ المريض *(Forster, E.,1977, p.167)* من خلال المعلومات التى يحصل عليها كل معالج فالبعض يعتمد فى معلوماته على سلوكيات المرضى ، والبعض الآخر يعتمد على النواحى اللاشعورية مثل الأحلام والتخييلات ، لكن أفضل ماده للمعلومات هى تلك التى تكون عن طريق الممارسة الفعلية فى العلاج والتحليل النفسى ، فتلك الملاحظات تكون أفضل بكثير ومصدراً موثوقا للمعلومات التى يبنى عليها المعالج فرضياته, *(Mullan , H., & Rosenbaum M.,1978, p.80)* بهدف مساعدة المريض فى إشباع متطلباته ، وحاجاته من خلال مخاطبة طبيعة المريض المتعرضة لصراعات نفسية كامنة .

(Forster, E.,1977 , Pp. 166 - 167).

وبجانب ذلك فلابد أن يكون يقظالأى سوء تفاهم يمكن حدوثه عبر الأفراد فى الجماعة وبخاصة ذوى الاستعراضية المميزة أو التطلعية الجنسية . كما يجب أن يكون محذراً لأعضاء الجماعة المتنافسة كى يكونوا أكثر أمنا ، ويعتمد ذلك بدوره على دافعية المريض نحو التغيير . وبخاصة فى الموضوعات ذات الطبيعة الحساسة من قبيل العلاقات الجنسية ، بجانب الطريقة التى يستخدمها هؤلاء الأفراد فى الحفاظ على العلاقات القائمة بينهم.

(Caplan , R., et al ., 1978 , p. 339).

الطرح باعتباره جوهر العملية العلاجية :

يعد مفهوم الطرح أهم ظاهرة فى الموقف العلاجى ، ذلك أن الآخر متضمن فى الأنا بوصفه نموذجا أو موضوعاً أو نصيراً أو خصماً (*سول شيدلنجر ، ١٩٥٨ ، ٤٣*) . وهاهو المريض لايستطيع أن يرى المحلل فى ضوء الواقع باعتباره نصيراً ومرشداً يكافأ على مايبذله من جهد ويقنع هو نفسه بدور الدليل في الجبال أثناء تسلق وعر ، بل يرى المريض فى المحلل عوداً أو نسخاً لشخص هام بعث من عهد الطفولة أو من الماضى ، ومن ثم يحول إليه المريض تلك المشاعر والاستجابات التى كانت تنصب على هذا المثال . (*سيجموند فرويد ، ١٩٨١ ، ٤٧*) «إذ إن الشحنات الانفعالية لليبيدو ليس لديها إشباعات ملائمة لذا فهى تتجه من الفرد إلى المعالج»
(Mullan , H., & Rosenbaum , M., 1978, p.175)

وكأن الطرح بهذا المعنى هو نسخة جديدة من علاقات الماضى ، يتذكرها المريض ويعيشها مع المعالج بما يتناسب مع ملابسات الموقف التحليلى ، مع فارق أن المعالج يحل محل الشخص الذى كانت له به هذه الذكريات أو العواطف ، وهو غالبا الأب أو الأم (***عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٥ ، ٣٣١***) . والمعالج هنا ليس أما فحسب أو أبا فحسب ، بل هو معين وسند متعدد الأوجه ، ومدد نرجسى وإشباع مطمئن بلاعقاب ، وتشجيع حادب يمكن من تقبل الآخر بوصفه معينا على إستقامة المتخيل والتعرف على العلية فى دروب الصعب.
(حسين عبد القادر محمد ، ١٩٨٦ ، ٧٥١)

وبفضل وجود هذه العلاقة يصبح قادراً على « الطرح» ومن ثم يمكن إخضاعه للتحليل النفسي من حيث إن أساس هذا الفن من العلاج هو استغلال ظاهرة التحويل إستغلالاً منهجيا
(سيجموند فرويد ، ١٩٨٠ ، ١٧٠)

لذا يصبح العلاج النفسى بهذا الشكل ما يمكن أن نسميه تصحيح الخبرة الإنفعالية حيث تعدل التصورات السلبية تجاه الآخرين تدريجيا عن طريق التحليل المتكرر لعلاقة المريض المتغيرة بالمعالج (***انتونى ستور ، د.ت ، ١٠٧***)

وهنا نذكر بأن هذه العملية لن تكون بين الأنا المخاطب الذى ينقل الطلبات المموهة ، وبين المحلل ، بل بين لاشعور ولاشعور ، فهى ليست علاقة بين شخصين ، بل بين أربعة ، فتصور الأنا إنما هو صورة الجسم التى لايمكن إدراكها بغير تصور تعكسه المرآة ، ورؤية الآخرين أمثاله لينتقل من العجز إلى التخطى ، ومن التجزئ إلى الإكتمال (***حسين عبد القادر محمد ، ٢٠٠٠ ، ١١***)

لذا تكتسب هذه العملية طابعاً خاصا فى الموقف العلاجى النفسى لسببين :

السبب الأول : هو أن المعالج يحاول أن يظل شخصا مجهولا نسبيا للمريض ، فهو يرفض أن يصحح تصورات المريض الخاطئة عنه بأن يكشف تفاصيل حياته الشخصية وبذلك يسمح باكتشاف ومناقشة تلك التصورات الخاطئة بطريقة لاتتاح إذا ما صححت بشكل فورى ومباشر.

والسبب الثانى : هو أنه لما كان المريض يطلب المساعدة فإنه يعتبر المعالج ، ولا محالة ، مصدراً للسلطة وبخاصة السلطة الوالدية .

لذا فإن أى علاج نفسى إذا طال أمده سيؤدى لامحالة إلى بعث الانفعالات المتعلقة بطفولة المريض ، وإلى أن يحياها مرة أخرى ، وعلى هذا فإن السنوات المبكرة فى حياة المريض مهمة فى تشكيل شخصيته البالغة ، فالمناخ الانفعالى فى تلك السنوات المبكرة يحدد بشكل هائل اتجاهات المريض نحو الناس ، فإذا ما تعرض المرء فى طفولته المبكرة إلى سوء المعاملة والنبذ، فأغلب الظن أن سلوكه سيطوع بحيث يتوقع مثل تلك المعاملة من أى شخص جديد يقابله ، فنحن ننقل أو نطرح أو نسقط ما سبق أن خبرناه فى الماضى على الحاضر . ***(انتونى ستور ، د.ت ، ١٠٣ - ١٠٤)*** .

وهو ما يجعل للطرح أهمية قصوى فى الموقف العلاجى فمن خلاله تنبعث الصراعات المبكرة لدى المريض بحيث تؤثر فى مشاعره واتجاهاته نحو معالجه الذى يحاول من جانب حل عصاب الطرح الذى يعد مصدراً لإعاقة مجرى العملية العلاجية ، ونجاح المعالج فى ذلك يعنى فتح الطريق أمام المريض لكى يواجه معاناته الداخلية بطريقة مباشرة بقدر ما يرى دفاعاته المرضية بوضوح مما يزيد من إمكانية ظهور استجابات أكثر واقعية. ***(رشدى فام منصور، ٢٠٠٠، ٧٠)*** . فالطرح وإن كان يشير دائما لوجود صراعات وجدانية غير محلولة ، إلا أنه يقدم صلاحية وردود أفعال واقعية لاستجابات المريض مما يشير بدوره إلى ضرورة ملاحظة المشاعر وبخاصة المكبوته لوقت طويل داخل الجماعة العلاجية إذ إن ذلك يسهل من نجاح العلاج الجماعى فى التعامل ببراعة مع تلك الجروح العاطفية الدرامية ***(Hannah,S.,1984,Pp.257- 258)*** وذلك من خلال معرفتهم بخبراتهم الحاضرة والماضية بجانب مشاعرهم الداخلية وردود أفعالهم تجاه الأفراد الآخرين ، وذلك من خلال توجيهات المعالج الذى يقوم بفحص الصراعات الكامنة داخل الجماعة العلاجية فيعمل على تشجيع مرضاه على أن يكتشفوا حقيقة واقعهم ،

وأن يحصلوا على الخبرات الإيجابية التى تظهر أثناء تفاعل الجماعة ، وهذا بدوره يتوقف على مدى حساسية المعالج ، ومهاراته ، ومعرفته بطبيعة المشكلات التى يعانى منها أعضاء الجماعة العلاجية ***(Whitaker , D.,1975,Pp. 99 - 100)***

حيث تؤدى الصراعات بدورها إلى إحداث المشاعر والعواطف السلبية مما يؤدى إلى وجود تيار من المقاومة يعمل على إزالة أى توسطات علاجية مما يمثل بدوره عبئا على عاتق المعالج ***(Kapur , R., et al , 1986 , p. 340)***

فالمريض كلما اقترب من إحدى الذكريات التى يمكن أن تكشفه لوصرح بها ، أو التى يمكن أن يتعرف من خلالها على أفكاره الحقيقية واتجاهاته لو أعلنها فإنه يقاوم تذكرها ويمتنع عن الاسترسال فيها ، والسبب أنه يخشى هذه الأفكار والرغبات والخبرات المكبوتة ، لأن قلقة يتجدد بها ، ومن ثم يحاول أن يستمر نسيانه لها ، وتتخذ المقاومة أشكالاً مختلفة بعضها يكون مريحًا والبعض يكون مخفيًا بلباقة ، كأن يرفض المريض التعاون أو يلزم الصمت أو لايحضر فى الميعاد أو يتخلف عن الحضور أو ينام أثناء الجلسة أو ينفعل أو يلجأ إلى التبرير أو يتحدث فى أشياء تافهة أو يحكى عن أحلام كثيرة متشابكة ويصدع رأس المحلل بثرثرة لا تفيد ، أو لايجد مايقوله ، وبالإضافة إلى ذلك فقد ينفر من المحلل ويحاول أن يقطع العلاج أو يفشل الجلسات بأى طريقة كانت وهو مايسمى بالتحويل السلبى ، وعلى المعالج أن يلفت نظر المريض فى هذه الأحوال إلى أنه يقاوم ، وأن يشرح له وظيفة المقاومة ، ويتطلب منه ذلك مهارة فائقة لأن يقنع بما يقول ، لأن المريض لايكتفى بأن يقاوم ولكنه يقاوم أيضا أن تكتشف مقاومته ، ومن ثم يجد المعالج الكثير من العنت وهو يحاول أن يبصر المريض بمقاومته ويساعده على تجاوزها والتخلى عنها .

فإذا استطاع المعالج أن يكسر مقاومة المريض لاستحضار الذكريات المكبوتة فإنه ، قد يستطيع من جديد أن يعايش تجاربة الصادمة «ولكنها المعايشة الشفوية لا الحقيقة وهو أن يصبح فى قدرته أن يصفها كلاما ويسرد على المحلل علاقاته غير السليمة أو الخاطئة ، وليس ذلك من باب التنفيس عن نفسه ولكن من باب طرحها للمناقشة والتحليل ، غير أن المحلل ينبغى أن يحذر التحويل المضاد ، وهو أن يتوجه المريض باتهاماته وانتقاداته للمعالج ، وقد يستجيب لها المحلل ، إن لم يحذرها ، فيرد على هذه الاتهامات ، والواجب أن يتذكر دوما أنها ليست اتهامات ضده هو نفسه ولكنها ضد من يمثله ، وهو أحد الأبوين أو أى شخصية رئيسية فى حياة المريض الماضية . ***(عبد المنعم الحفنى (أ) ، ١٩٩٢ ، ٣٢٥ – ٣٢٧)***

،بجانب ذلك فقد اهتم فرويد بظاهرة الطرح المضاد لدى المعالجين ، فهاهو يذكر لنا عام ١٩١٠ « بأننا بدأنا نهتم بتضاد الطرح الذى ينشأ لدى المعالج كنتيجة لتأثير المريض على مشاعره اللاشعورية ، ومن ثم يجب أن يكتسب المعالج القدرة على التمييز ، وأن يتغلب على ذلك الطرح المضاد فى نفسه ».

(Mullan , H., & Rosenbaum , M., 1978, Pp.175 - 176)

فالمريض بقدر ماهو دال مجهل يعانى الانشطار تتحدث أعراضه لدال مكتمل عارف أو هكذا يفترض ، وكأن المعالج نفسه يجب أن يكون موضوعاً للسؤال عن رغباته ، وأفكاره التى هى نفسها من نفس النوع فهو الآخر يعانى انشطاراً (يقل بقدر استبصاره) ويستقيم باستقامة المتخيل فتنجلى المجهلة عن الدال وتخلى السبيل لدال مكتمل عارف ما أمكن فثمة ثالث مشترك دوما هو لا شعورهما الذى لن يسمعه المعالج فى المريض أو يراه إذا لم يسمعه فى نفسه أولا ويزيل غشاوته ***(حسين عبد القادر محمد ،١٩٨٦ ، ١٦٠)***

ويتوقف نجاح العلاج الجماعى بصورة كبيرة على طبيعة العلاقات الطرحية المتبادلة بين أعضاء الجماعة العلاجية والمعالج والتى غالبا ماتكون فى بداية الجلسات العلاجية (طرح – تضاد الطرح) ثم تصبح من خلال العلاقات القائمة بين أعضاء الجماعة والمعالج بمثابة (طرح – طرح) ثم يتطور بعد ذلك لطرح معقول ، وأخيراً تصبح هذه الروابط معقولة – معقولة بصورة كبيرة وبخاصة بين الأعضاء الأكثر نضجا والمعالج ، وفى النهاية فإن تلك الروابط تركز على أسس أكثر واقعية .

فمنذ المراحل الأولى للعلاج الجماعى فإن الجماعة العلاجية والمعالج على حد السواء يمضون إلى طرق أكثر إيجابية وتهذيبية فيما يتصل بالعملية العلاجية وذلك عبر كبح الأفكار ، والأحاسيس التى من شأنها إحداث نوع من القلق لدى الأعضاء مما يساهم بدوره فى إقامة العلاقات الطرحية المتبادلة بين المعالج وأعضاء الجماعة .

(Mullan , H., & Rosenbaum , M., 1978, Pp.177 - 179) .

إن الطرح كفنية من فنيات التحليل النفسى « هو الشئ الوحيد الذى يحتم على المحلل أن يستشف وجوده دونما ، معونة فى الغالب من المريض ... فالطرح لايمكن تجنبه إذ يجرى استغلاله من جانب المريض لإقامة كل العقبات التى تجعل المادة غير متاحة للعلاج ، وإذا لم

يبلغ المريض إلى شعوره بالاقتناع لصحة الارتباط التى أعيد بناؤها أثناء التحليل إلا بعد أن يكون التحليل قد تم تحليله » وكم كان شيئا فريداً من تاريخ المعرفة أن يكتشف فرويد ذلك التحويل الذى يقوم بدوره فى كل علاقة بين مريض – معالج فهاهو يقر بإمكانية شفاء المرضى فى مصحات تستبعد التحليل النفسى كطريقة فى العلاج ، لكن سيظل « التفسير العلمى لكل هذه الوقائع يكمن فى التحويلات التى يعيشها دائما المرضى تجاه أطبائهم » ***(سيجموند فرويد ، ١٩٨٧ ، ١٤٦ – ١٤٧)***

إذ إن الطرح يساعد المعالج على فهم ، وتفسير نوعية السلوك التى يصدرها أعضاء الجماعة العلاجية ***(Mullan , H., & Rosenbaum , M., 1978(B), p. 175)*** بقدر ما يفسر اتجاهات المريض نحوه ، وبهذه الوسيلة يستطيع المعالج مساعدة المريض على تفهم مصاعبة فى علاقاته مع الآخرين . ***(أنتونى ستور ، د . ت ، ١٠٥)*** . بقدر ما يتيح للمعالج فرصة أن يقف من المريض موقف المربى فيصحح كل ما وقع فيه الأبوان من أخطاء تربوية ، ولكن المعالج من جهة أخرى لا ينبغى أن يغالى فى ذلك وينقاد لميوله ويقع فى نفس الأخطاء التى وقع فيها الوالدان حينما أعاقا نمو طفلهما باعتدائهما على إستقلاليته ، وهو بذلك إنما يحل نوعاً من الإعتماد محل نوع آخر ، فمن الواجب على المعالج فى محاولاته لإعادة تعليم المريض أن يحترم شخصيته ، وأن يولى إعتباره لاستقلاليته ، ولا يعطى لنفسه سلطة على المريض أكثر من الواجب ***(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٥ ، ٣٣٣ -٣٣٤)***

الجلسة الجماعية الأخيرة (المغادرة):

تعد لحظة مغادرة الجماعة العلاجية من أكثر اللحظات أهمية فى العلاج الجماعى سواء أكان ذلك بالنسبة للمرضى أم للمعالج ، حيث تعتمد هذه اللحظة بدورها على عوامل متعددة تتمثل فى :

(أ) قرار المريض الذى اتخذه تجاه عملية المغادرة .

(ب) المخاطر التى تتضمن فى عملية المغادرة .

(جـ) قدرة المريض على هجر البيئة التى أتاحت له نوعا من الحرية للتعبير عن نفسه بلغته الخاصة لينتقل لبيئة تتطلب نشاطا متتاليا وهو ما يجعل الفترة الختامية للجلسات العلاجية أمرٌ جد صعب على الجميع سواء أكان بالنسبة للمعالج أم للأعضاء على السواء وذلك بعد

أن أتاحت الجلسات الجماعية للأعضاء الفرصة لتكوين العلاقات المتبادلة التى تكون بمثابة الروابط العائلية فى قوتها وإن كانت أقل تشويها منها وذلك من خلال إحساس المريض بالتفرد والحنين الذى زاد ونما ، وإن لم يكن بالشكل الكامل .

ويعد قرار المغادرة إجراء جد بسيط كلما كانت الروابط عميقة بجانب استمرارية العلاج لفترة قصيرة ، بقدر ما تكون أهداف العلاج أقل شدة ، فتلك العوامل الثلاث تسمح بأن يكون قرار المغادرة أكثر سهولة حيث إن المناخ العلاجى يكون أقل تدخلا من الناحية الوجدانية .

(Mullan , H., & Rosenbaum , M., 1978, p.204)

وعندما يدخل العلاج مرحلته الختامية تتبقى خطوة واحدة قبل الختام وهى أن يتحرر المريض من الطرح ، فبعد سنتين أو ثلاث سنوات من التواجد مع المحلل فى حجرة واحدة معزولة ثلاث مرات أسبوعيا لنحو أربع ساعات ، واطلاعه على أدق أسرار حياته التى لم يطلع عليها أحد من قبل وإنزاله له من نفسه منزلة الوالد بما يتضمنه ذلك من مشاعر متناقضة إيجابية وسلبية ، فلابد أن ينقضى بعض الوقت لفض عصاب الطرح لكى يعتمد المريض على نفسه ويتعلم أن يستقل بقرارته ويتطلب ذلك مهارة من المعالج ، ولايتم العلاج إلا إذا استطاع المعالج أن يحرر مريضه من التوجه إليه وهو مايسمى تحليل الطرح فيفسر له هذه الظاهرة ويعلمه أنه عادة يمر كل شخص بحالات كهذه وخاصة فى طفولته فتكون له وجدانات قوية متناقضة فإذا كان البلوغ فهو يتخلص منها مع تمام النضج ، وتخلصه أو تحرره من المشاعر التى صارت له بالنسبة للمحلل يعنى أنه قد شفى تماما . ***(عبد المنعم الحفنى (أ)،١٩٩٢، ٣٢٧)***

ومن المألوف أن يعلن المعالج ذلك قبل تاريخ المغادرة بفترة زمنية تمتد مابين (٤ -٦) أسابيع موضحاً لأعضاء الجماعة بأنه راحل لأسبابه الشخصية وليس بسبب رغبته فى أن يتركهم ، ولوشعر بالحرية هونا فعليه أن يسمح للأعضاء بإبداء آرائهم حول استمراره أو إنفصاله عن الجماعة ثم القيام بتحليل ردود أفعالهم تجاه قرار المغادرة .

(Mullan , H., & Rosenbaum ,M., 1972, p.213)

مزايا العلاج الجماعى :

يمكن تلخيص أهم مزيا العلاج الجماعى فيمايلى :

- يؤدى إلى توفير الجهد المبذول من جانب المعالج النفسى .
- له أثر تنفيسى ذو قيمة كبيرة ، إذ فيه مجال لانطلاق الانفعالات وإسقاطها على أعضاء الجماعة دون أي نقد وهو يمد المرضى بالسند الإنفعالى المطلوب فى العلاج النفسى عن طريق العلاقات الجماعية .
- يقلل مشاعر القلق والشعور بالإثم ويجعل الفرد أميل إلى التسامح تجاه الخبرات الاجتماعية المحيطة .
- يستغل المشاعر التى تنمو فى الجماعة لزيادة دفع المرضى نحو العلاج
- يقلل من حدة تمركز المريض حول ذاته ويوفر الفرصة لتحقيق الذات وإحراز المكانة والتقديرمما ينمى الثقة فى النفس ويقوى عاطفة اعتبار الذات لدي المرضى .
- يكفل تصحيح وتعديل مفهوم الفرد عن ذاته وعن الآخرين وعن العالم الخارجى عموما فى اتجاه زيادة تقدير الذات والتحقق من قدراته مما يزيد بالتالى من تقبل الفرد للآخرين وتقبل الآخرين له .
- يقوى إحترام المريض لذاته ويشجعه على البحث عن طريق أفضل لحل صراعاته ومشكلاته ، مما ينمي شعوره بقيمته ، ويقلل من مخاوفه ، ويقضى على سلوكه غير السوى ، ويفتح الطريق أمام نمو أنماط سلوكية سوية .
- يتيح الفرصة لنمو العلاقات الاجتماعية وحل الصراعات والمشكلات فى موقف جماعى قريب الشبه بمواقف الحياة الواقعية العملية .
- يشعر المريض بحرية أكثر ويحمله مسئولية أكبر عن نفسه وعن الآخرين .
- يساعد فى تعديل اتجاهات المريض واكتساب معايير سلوكية اجتماعية ومهارات وقيم جديدة، ويتيح الفرصة أمام المريض ليخبر رد فعل الآخرين لسلوكه السوى وغير السوى على حد سواء .

- يتيح فرصة نظر المريض إلى مشكلاته من جوانب وأبعاد جديدة .
- يكتسب المريض أنماطا جديدة من السلوك الاجتماعى لايمكن إكتسابها فى نطاق العلاج الفردى .
- يؤكد للمريض أنه ليس الوحيد الذى يعانى من الاضطراب النفسى أو من مشكلة نفسية معينة ، وأن هناك كثيرين غيره ، مما يحدث بينهم نوعا من المساندة والمساعدة والتعاون فى حل مشكلاتهم المشتركة ، ومن ثم فإنه يقلل من شعور المريض بالعزلة . ويعتبر ذلك سندا عاطفيا للمريض يعينه على الاستبصار فى نفسه فى إطار العلاقات والتفاعل الاجتماعى ، مما يقلل اثار الانزعاج والتنغيص التى تسببها مشكلاته النفسية .
- يتيح فرصة الاستفادة من الإتعاظ بأخطاء الغير حين يسمع قصصهم وتاريخ حياتهم .
- يعتبر وسيلة تساعد الفرد فى التغلب على الحيرة والقلق والإختلاف والضعف والضيا ع الذى قد يشعر به حين يحاول مواجهة الواقع الذى يتجسد فى زيادة ضغوط الجماعات التى ينتمى إليها فى اطار المجتمع الكبير .
- يجمع بين خبرات الفرد الداخلية وبين الواقع الاجتماعى الذى يعيش فيه .
- يتيح الفرصة لخبرات اجتماعية مناسبة مع أفراد الجنس الآخر لمن تعوزهم هذه الخبرات ولمن يعانون من الخجل أو الحرج فى وجود الجنس الآخر .
- يعتبر أفضل وسيلة علاجية بالنسبة لبعض المرضى الذين لايتجاوبون ولا يتعاونون فى العلاج النفسى الفردى ***(حامد زهران ، ١٩٧٨ ، ٣٢٦ - ٣٢٧)***

وفى نهاية عرضنا للعلاج الجماعى لانجد سوى أن نذكر عبارة ***(فروم ريتشمان ، Rich-mann , F.)*** « لا أحد يعيش فى تلك الحقبة الزمنية وتلك الثقافة ويكون متوافقا سواء بقى حراً أو متحررا من أى نوع من القلق بعد انهاء العلاج ، فالفرد لابد أن يكون لديه القدرة بصورة كاملة بعد العلاج على أن يحل صراعاته ، وأن يبتعد عن قلقه بدون مساعدة الطبيب النفسى ، وهذا لا يتحقق إلا من خلال الجهد التعاونى والإجمالى للأقران ، والمجتمع الممتد والثقافة بعامة » ***(Mullan,H.,& Rosenbaum ,M.,1978, Pp . 214 -215).***

الفصل الثالث
الدراسات السابقة

* مقدمة
* أولا : دراسات تناولت الاكتئاب لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية
* ثانيا : دراسات تناولت النزعات الغرزية الجزئية لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية .
* ثالثا : دراسات تناولت علاج الاكتئاب لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية .
* رابعا : دراسات تناولت علاج النزعات الغرزية الجزئية .

مقدمة :

لقد أشار علماء النفس لما للأسرة من أثر عميق يفوق أثر أية منظمة اجتماعية أخرى فى تشكيل شخصية الأبناء ، وذلك لأن الرعاية الوالدية التى يكتنفها الرباط ، والمناخ الأسرى ، هى المانحة لمشروعية وجود هؤلاء الأبناء من خلال منحهم الحب ، والعطاء ، والحماية ، والرعاية ، والتعاطف .

وعلى الرغم من أهمية الأسرة الطبيعية فى رعاية أبنائها ، فقد لاتستمر هذه الرعاية نتيجة لظروف اجتماعية قاسية من قبيل وفاة أحد الوالدين أو كلاهما معاً ، أو التفكك الأسرى ، أو نتيجة عدم قدرة بعض الأسر على القيام بواجباتها نظراً لظروفها الاقتصادية القاسية ، فضلاً عن الأبناء اللقطاء (مجهولى النسب) الذين لايلاقون تقبل من المجتمع ، وينظر اليهم نظرة سوء حيث لايفصل الناس بينهم وبين خطئية أبائهم ، مما يجعلهم عرضه للإصابة بالأمراض النفسية ، والعقلية ، فضلاً عن قيام البعض منهم بالانحرافات السلوكية فى كافة أشكالها .

ومع اقتناعنا وتسليمنا منذ البدء بأن رعاية الأسرة الطبيعية لاتعوضها رعاية أى مؤسسة اجتماعية أخرى مهما ارتفع مستواها فى الرعاية ، والخدمات ، إلا أنه فى مثل هذه الأحوال ، وبمنطق الواقع لم يكن هناك إلا السبيل الوحيد المتاح الذى يحول فى الوقت نفسه دون تشرد مثل هؤلاء الأبناء ، ومنع انخراطهم الأكيد فى الانحراف ، وهو ايداعهم إحدى المؤسسات الإيوائية التى تتولى رعايتهم وتربيتهم فى شكل رعاية جماعية كبديل صناعى للدور الذى كانت تتكافل به الأسرة الطبيعية ، لكى ينمو كل منهم إنساناً مكتمل الوجدان ، متحرراً من كل نقص، راضى النفس ، مقبلا على مجتمعه بكل عطاء الحب مشاركاً عن طيب خاطر فى تطور المجتمع الذى يعيش فيه.

إلا أن نتائج الدراسات التى تناولت حرمان الأبناء من الرعاية الأسرية بكافة اشكالها ، أشارت بأن جوانب شخصية هؤلاء الأبناء تزداد سوءاً يوماً بعد يوم نتيجة ايداعهم بالمؤسسات الإيوائية مما يحتم بالضرورة العمل على مساعدة هؤلاء الأبناء فى التغلب على الأثار السيئة المترتبة على حرمانهم فيما يكتسبون من سلوكيات لاسوية ، وما ينتج عنه من اضطرابات مرضية .

ونعرض فيما يلى للدراسات العربية والأجنبية التى أمكن الحصول عليها ، والتى تتناول تأثير الحرمان الوالدى على حدوث الاكتئاب ، والنزعات الغرزية الجزئية ، بقدر مانعرض للدراسات التى تناولت علاج كل منهما ، وذلك على النحو التالى :

أولاً : دراسات تناولت الاكتئاب لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية :

١ - دراسة رودلف ، (Rudolph , B ., 1997)

قام الباحث بدراسة حول فقدان الدعم الوالدى وعلاقته بالاكتئاب لدى المراهقين وذلك على عينة قوامها ٢٠٠٠ مراهق ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ١١ – ١٩ سنة ، وقد استخدم الباحث المقابلة وذلك بهدف التعرف على اتجاهات المراهقين الذين فقدوا الدعم الوالدى بجانب فحص الخبرات التى مروا بها ، وقد تم التعرف على ذلك بواسطة المركز القومى لإحصائية الصحة ١٩٨٩ .

وقد أوضحت النتائج أنه كلما ارتفع سن المراهقين المفتقدين للدعم الوالدى كلما ازدادت أعراض الاكتئاب ، والقلق ، وسلوك المخاطر لديهم ، وترجع الدراسة ذلك إلى أهمية الدور الحيوى الذى يلعبه الدعم الأموى فى أوقات الشدة والمحنة التى يتعرض لها هؤلاء المراهقون وبخاصة لدى المراهقات .

٢ - دراسة (وليد محمد نجيب ، ١٩٩٦)

قام الباحث عام ١٩٩٦ بدراسة مقارنة لبعض المتغيرات النفسية لدى أطفال الأسر الطبيعية والأسر البديلة وذلك لسبرغور بعض المتغيرات النفسية المرتبطة إلى حد كبير بتنشئة هؤلاء الأطفال والتى تتمثل فى السلوك العدوانى ، والقلق ، والاكتئاب . وقد تكونت عينة الدراسة التجريبية من (٩٠) طفلاً وطفلة وهم مقسمون إلى ثلاث مجموعات تكونت المجموعة الأولى من (٣٠) طفلا من أطفال المؤسسات الإيوائية المحرومين من الرعاية الأسرية والذين لم يخبروا الحياة الأسرية تماما ويعدون نموذجا ممثلا للحرمان التام ، بينما تكونت المجموعة الثانية من (٣٠) طفلا من أطفال قرى الأطفال S.O.S الذين يعيشون فى بيئة شبه أسرية ، ويعدون نموذجا مطوراً لنظام الأسر البديلة .أما المجموعة الثالثة فقد تكونت من (٣٠) طفلاً من أطفال الأسر الطبيعية ممن يعيشون فى كنف والديهم الطبيعيين، كما تكونت عينة الدراسة الاكلينيكية من حالتين بواقع حالة من أطفال المؤسسات الإيوائية ، وحالة من أطفال قرى الأطفال S.O.S وكانت جميع وحداتها من الذكور وقد تراوحت المرحلة العمرية لعينة الدراسة ما بين (٩ –١٢) سنة، وطبقا لمنهج «الكلينيكية الإنتقائية» المستخدم فى الدراسة فقد استخدام الباحث

كل من إستمارة بيانات عن الأطفال المودعين بالمؤسسات الإيوائية وقرى الأطفال S . O. S ، ومقياس السلوك العدوانى ، ومقياس القلق، ومقياس الاكتئاب بجانب المقابلة الاكلينيكية ، واختبار تفهم الموضوع C . A . T كما استخدم إختبار «ت » T.test ، ونسبة ف لحساب دلالة الفروق بين المجموعات .

وقد أسفرت نتائج الدراسة التجريبية إلى أن قرى الأطفال S.O.S كأحدث اتجاه مطور لنظام الأسر البديلة إستطاعت من خلال الأم البديلة ، والأخوة والأخوات أن تقلل من الآثار السيئة المترتبة على الإقامة بالمؤسسات الإيوائية ، ولكنها فى الوقت نفسه لم تستطع أن تعوض الطفل المحروم من الرعاية الأسرية عن أبويه الطبيعيين ، مماترتب عليه ارتفاع السلوك العدوانى ، والقلق ، والاكتئاب بصورة كبيرة لدى أطفال المؤسسات الإيوائية يليهم أطفال قرى الأطفال S . O . S ، وذلك بالمقارنة بأطفال الأسر الطبيعية ، وهذا بدوره أدى إلى آثار نفسية جد خطيرة على البناء النفسى لدى الطفل المحروم من الوالدين ، وبخاصة لدى طفل المؤسسات الإيوائية .

أما عن نتائج الدراسة الاكلينيكية فقد تميزت صورة الذات لدى الطفل المحروم من الوالدين بالاضطراب ، والتوتر الشديد ، وظهور مشاعر الحصر ، والاكتئاب الذى اكتنف الذات فى إطار العلاقة بالواقع وبنفسها فى الوقت ذاته ، بجانب عدوانية شديدة مدمرة شملت الذات ، والآخرين فى صورة التهام فمى ، وقد استجابت الذات فى نطاق تفاعلها مع النماذج المحيطة بها تارة بالانطواء والعزلة وهى أحد الأساليب التى لجأت إليه الذات لحسم صراعاتها ، وتارة أخرى باللجوء إلى عرض السرقة والكذب والنكوص إلى مرحلة جد باكرة من مراحل النمو النفسى والتثبيت عليها .

٣ - دراسة (رشاد عبد العزيز موسى ، ١٩٩٣):

قام الباحث عام ١٩٩٣ بدراسة حول أثر موت الوالدين المبكر على الاكتئاب النفسى للأبناء ، وذلك على عينة قوامها (١٩١) طالبا وطالبة من طلاب الجامعة وقد إنقسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين رئيستين : عينة الدراسة التجريبية وهى تتكون من (٩٦) طالبا وطالبة بواقع (٤٩ طالبا ، ٤٧ طالبة) ممن فقدوا أحد الوالدين أو كليهما عندما كان عمرهم أنذاك أقل من (٥) سنوات ولايزيد عن (١٠) سنوات . بينما تكونت عينة الدراسة الضابطة من (٩٥) طالب وطالبة بواقع (٥٠ طالبا ، ٤٥ طالبة) ممن لايزال والديهم على قيد الحياة .

وقد تكونت أدوات الدراسة من قائمة بيك للاكتئاب بجانب استمارة البيانات الأولية التى تضمنت أسئلة مرتبطة بالعمر ، والنوع ، وعما إذا كان الوالدان على قيد الحياة أو توفى كلاهما أو إحداهما . كما استخدم الباحث الاختبار التائى ، والتحليل العاملى وبخاصة طريقة المكونات الأساسية « لهو تلنج» .

وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن أفراد العينة التجريبية قد اتسموا بالأعراض الاكتئابية التالية : الرفض ، الهروب ، سرعة الاستثارة ، سوءالصحة العامة ، كراهية الذات ، الأرق ، اتهام الذات ، الإعاقة فى العمل ، والإحساس بالفشل ، ويشير الباحث إلى أن هذه الأعراض ماهى إلا صورة لسيكولوجية الأفراد الذين فقدوا والديهم أو أحدهم بالموت . كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن أفراد العينة الضابطة الذين مازال والديهم على قيد الحياة اتسموا بالأعراض الاكتئابية التالية : تحقير الذات ، الإحساس باليأس ، فقدان الحيوية ، الإحساس بالعجز ، لوم الذات ، نقص الكفاءة ، والإنعصاب .

ويرى الباحث فى ضوء هذه النتائج أن موت الوالدين أو أحدهما ليس المحك الرئيسى الذى يؤدى بالضرورة إلى الإصابة بالاكتئاب النفسى بقدر مايكون عاملاً من العوامل المساهمة لحدوث الاكتئاب والدليل على ذلك معاناة الأفراد الذين مازال والديهم على قيد الحياة ببعض الأعراض الاكتئابية التى ربما يؤدى إلى عوامل متعددة من قبيل : الإخفاق فى الحياة الأكاديمية ، والانتماء إلى أسر متصدعة يكثر فيها الشجار والخلاف ، بجانب الظروف الاقتصادية المتأرجحة فى المجتمع التى تؤدى إلى الفزع من المستقبل ، وتصدع قيم المجتمع وإختلالها ، والشعور بالوحدة النفسية وبخاصة عندما يرى الفرد أنه لايوجد من يخطط له غده ويشعره بالأمن والأمان و الطمأنينة الإنفعالية .

٤ - دراسة نلسون ، ويول ، (Nelson , C. & Paul , V . , 1993)

قام الباحثان عام ١٩٩٣ بدراسة حول ديناميات شخصية الصبية المراهقين المحرومين من الأب من خلال مقارنتهم لمجموعة من المراهقين الذين يعيشون مع آبائهم وذلك بهدف التعرف على الآثار المترتبة على غياب نماذج الدور الذكرى للمراهقين الغائب عنهم أبائهم .

وقد استخدم الباحث كل من إختبار الشخصية المتعدد الأوجه M.M.P.I وبطارية بوس دورك للعدوانية ، كما استخدم الاختبار التائى لحساب دلالة الفروق بين المجموعتين .

وقد أشارت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية من حيث الاكتئاب ، وتوهم المرض ، والمقاييس الخاصة بالشك فى إختبار الشخصية المتعدد الأوجه بين المراهقين المحرومين وغير المحرومين وذلك لصالح المراهقين المحرومين من الأب . كما أن لديهم إحساس بالذنب وعدوانية شديدة . كما أوضحت النتائج أن المراهقين الغائب عنهم اباؤهم ولديهم أدوار ذكرية بديلة كانوا مثلهم مثل المراهقين الذين لديهم أب .

٥ - دراسة (سهير كامل أحمد ١٩٩٢):

قامت الباحثة عام ١٩٩٢ بدراسة حول الانفصال عن الأسرة فى الطفولة وعلاقته بمصدر الضبط والاكتئاب وذلك على عينة قوامها (٦٦) طفلاً وطفلة ، وقد انقسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين حيث تكونت المجموعة الأولى من (٣٣) طفلا وطفلة من الأطفال المقيمين بالأقسام الداخلية الملحقة ببعض المدارس الخاصة بمدينة القاهرة ، بينما تكونت المجموعة الثانية من (٣٣) طفلا وطفلة من الأطفال ذوى الأسر الطبيعية ، وقد تراوحت الأعمار الزمنية لعينة الدراسة ما بين (٨ -١٢) سنة ، وقد استخدمت الباحثة كل من إختبار مركز التحكم للأطفال، مقياس الاكتئاب للصغار ، إلى جانب الاختبار التائى لحساب دلالة الفروق بين المجموعتين .

وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات الأطفال المنفصلين عن أسرهم ، والأطفال ذوى الأسر الطبيعية على مقياس مصدر الضبط (المصدر الخارجى) والاكتئاب ، وذلك لصالح الأطفال المنفصلين عن أسرهم ، وقد أرجعت الباحثة هذه النتيجة إلى التأثير السيئ لمتغير الانفصال عن الأسرة على شخصية الأطفال نتيجة العزلة عن الحياة الاجتماعية وفقدان موضوع الحب ، والحرمان من العلاقات الأسرية الطبيعية بوجه عام ، بجانب الخضوع لنظام روتينى وقيود وضوابط صارمة ، وذبذبة المعاملة والعاطفة معاً ... فكان من شأن هذه العوامل مجتمعة أن تتسبب فى إرتفاع درجاتهم على مقياس الدراسة بالمقارنة بالأطفال ذوى الأسر الطبيعية .

٦ - دراسة جراى ، (Gray , R . ,1987)

قام الباحث عام ١٩٨٧ بدراسة تهدف للتعرف على إستجابة المراهق لموت والديه وذلك على عينة قوامها (٩٠) مراهقا ممن تتراوح أعمارهم الزمنية مابين (١٢ - ١٩) سنة وقد إنقسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين حيث تكونت المجموعة لأولى من (٥٠) مراهقا ممن توفى والديهم ولم يتجاوز عمرهم من (٦ أشهر : ٥ سنوات) . بينما تكونت المجموعة الثانية من (٤٠) مراهقا ممن لازال والديهم على قيد الحياة .

وقد استخدم الباحث مقياس بيك للاكتئاب بجانب الاختبار التائى لحساب دلالةالفروق بين المجموعتين .

وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن المراهقين الذين توفى والديهم كانوا أكثر اكتئابا من المراهقين الذين مازال والديهم على قيد الحياة .

٧ - دراسة بارنس ، وبروسون ، (Barnes , G., & Proson , H ., 1985)

قاما الباحثان عام ١٩٨٥ بدراسة « العلاقة بين فقدان الوالدين والاكتئاب » وذلك على عينة قوامها (١٢٥٠) طفلا وطفلة من الأطفال الذين فقدوا أحد الوالدين نتيجة الوفاة ممن تتراوح أعمارهم الزمنية مابين (١ -٦) إلى (١٠ - ١٥) سنة . وقد استخدم الباحثان كل من مقياس الاكتئاب الخاص بالمركز الأبيدومولوجى للدراسات . كما تم تصميم مقياس للأسئلة الديموغرافية للحصول على البيانات الشخصية الخاصة بكل طفل والمتمثلة فى الجنس ، والحالة الاجتماعية ، والحالة المهنية ، والعمر ، والتعليم بالإضافة إلى تحديد سبب الفقدان ونوعيته ، كما استخدم الباحث معامل الارتباط وتحليل التباين لتحديد العلاقة بين فقدان أحد الوالدين والاكتئاب على حدة .

وقد أوضحت النتائج أن هناك أثراً كبيرا ودالا لفقدان الأب فى الإصابة بالاكتئاب لدى الأطفال الذين فقدوا والدهم حيث حصلوا على أعلى الدرجات فى مقياس الاكتئاب بينما لم يتضح أن هناك إرتباطا دالا بين فقدان الأم والاكتئاب لدى الأطفال الذين فقدوا أمهاتهم بالاضافة إلى ذلك فقد أظهرت النتائج أن (٣٣,٢ ٪) من إجمالى عينة الدراسة تم تصنيفهم على أنهم مكتئبين .

٨ - دراسة رمون ، (Ramon , V., 1982)

قام الباحث عام ١٩٨٢ بدراسة حول الطفل المحروم من أحد والديه وذلك على عينة قوامها (١٠٥) من الأطفال الذين يعيشون فى أسر بها أحد الوالدين ممن تتراوح أعمارهم الزمنية (٢ - ١٧) سنة . وقد سجل الباحث ردود أفعال هؤلاء الأطفال لوفاة أحد الوالدين بعد الموت بفترة تتراوح مابين (١ - ١٣) شهر .

وقد استخدم الباحث المقابلة مع الوالد الآخر للطفل لوصف ردود فعل الطفل وسلوك استجابته للوفاة . بالإضافة إلى استخبار شمل بنود عن التكيف العام للمودة ، والأداء المدرسي ، والمشاكل السلوكية ، والأعراض المرضية السيكوباثولوجية كالقلق والاكتئاب ، والصحة العامة .

وقد أوضحت النتائج أن إستجابة الأطفال للموت تمثلت في شعورهم بالحزن والاكتئاب وزيادة في التبول اللإرادي ، وعجز في الأداء المدرسي ، ولم يكن هناك زيادة ذالة في المشاكل السلوكية العنيفة من قبيل الاكتئاب كما أشارت النتائج إلى أن الصحة الجسمية للأطفال لم تتأثر بالحرمان من الوالدين

٩ - **دراسة هودج** ،(Hodges , J., 1978)

قام الباحث عام ١٩٧٨ بدراسة حول أثر الحرمان من الوالدين على نمو شخصية الطفل وذلك على عينة قوامها (٤٥) طفلا ممن قضوا سنواتهم الأولى بالمؤسسة قبل بلوغهم سن (٤) شهور وأقاموا بها حتى بلوغهم العام الثاني من عمرهم وقد قسم هؤلاء الأطفال الى ثلاث مجموعات فرعية . تتكون المجموعة الأولى من (٢٥) طفلا أقاموا لدى أسرة بديلة بالتبني ، بينما تكونت المجموعة الثانية من (١٣) طفلا عادوا إلى أمهاتهم الحقيقيات ، أما المجموعة الثالثة فقد تكونت من (٧) أطفال ظلوا في المؤسسة وتمت مقارنتهم بـ (٢٩) طفلا من أطفال الأسر الطبيعية ، وقد تراوحت الأعمار الزمنية لعينة الدراسة ما بين (٤ - ٨) سنوات . وقد استخدم الباحث استبيان روترللوالدين Rutter Parents Questionnaire . ومقياس وكسلر لقياس ذكاء اطفال ما قبل المدرسة ، ومقياس وكسلر لقياس ذكاء الأطفال في سن الثامنة . كما أجرى مقابلة مع أم الطفل في المؤسسة والأم بالتبني والأم الحقيقية للتعرف على سلوك الطفل المتكرر ، بجانب استخبار روتر للمدرسين للتعرف على سلوك الطفل داخل المدرسة .

وقد توصلت النتائج إلى أن الأطفال في الأسر البديلة والأطفال الذين رجعوا إلى أمهاتهم الحقيقيات قد أظهروا سلوكايتسم بالحب والارتباط مع الأخرين في سن الرابعة، ولكن هؤلاء الأطفال فقدوا هذا السلوك الودي في سن الثامنة . بينما أظهر أطفال المؤسسات سلوكا غير ودي تجاه الآخرين ورغم بحثهم عن جذب الإنتباه والصداقة . كما أظهروا ثورات من الغضب في سن الثامنة . ولقد أظهرت المجموعات التي حرمت من الوالدين ، فقدانا في الشهية ، واضطرابات في النوم ، ولجلجة ، ولزمات عصبية ، وكسل ، وسرقة ، وشعور بالخوف .

كماأشار المدرسون إلى أن هؤلاء الأطفال كانت لديهم مشكلات مدرسية تمثلت فى عدم النظام والطاعة ، والسلوك غير المستقر ، وفقدان العلاقات مع الأقران ، وقد سجل أطفال المؤسسة انخفاضا فى نسبة الذكاء . بينما زادت نسبة ذكاء أطفال الأسر البديلة بدرجة طفيفة من خلال تفاعلهم مع والديهم بالتبنى .

١٠ - دراسة كروك ، وراسكين ، (Crook , T. & Raskin , A.,1975)

قام الباحثان عام ١٩٧٥ بدراسة العلاقة بين موت الوالدين المبكر ودافع الأبناء للإنتحار ، وقد تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات حيث تكونت المجموعة الأولى من المفحوصين الذين فقدوا والديهم فى مرحلة عمرية مبكرة وأقدموا على الانتحار مرات عديدة ، وتكونت المجموعة الثانية من المفحوصين الذين توفى والديهم فى مرحلة عمرية مبكرة ولم يكن لديهم الدافع للانتحار ، بينما تكونت المجموعة الثالثة من المفحوصين الذين لايزال والديهم على قيد الحياة ولم يقدموا على الانتحار مطلقا .

وقد استخدم الباحثان مقياس بيك للاكتئاب بجانب الاختبار التائى لحساب دلالة الفروق بين المجموعات وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن المجموعة الأولى كانت أكثر اكتئابا تليها المجموعة الثانية ثم الثالثة .

١١ - دراسة مارون ، (Marion , V., 1969)

قام الباحث عام ١٩٦٩ بدراسة حول أثر الانفصال المبكر من الوالدين لدى الأطفال المكتئبين وغير المكتئبين ممن يعانون الحرمان من الوالدين بسبب الموت أو الطلاق أو المرض أو لأى أسباب أخرى على عينة قوامها (٢٥٦) طفلاً وطفلة ممن تم إيداعهم بمستشفى مونتريال للأطفال ، بواقع (٧١) طفلاً وطفلة من الأطفال الذين تم تشخيص حالاتهم على أنهم مكتئبين وهم مقسمون إلى (٤١ ذكراً ، ٣٠ أنثى) وتمت مقارنتهم بـ (١٨٥) طفلا وطفلة من الأطفال غير المكتئبين وهم مقسمون إلى (١٣٥ ذكراً ، ٥٠ أنثى) ممن تتراوح أعمارهم الزمنية مابين (٥ -١٦) سنة ، بمتوسط عمرى يبلغ (١١,٥) سنة بالنسبة للأطفال المكتئبين ، (١٠,٦) سنة بالنسبة للأطفال غير المكتئبين . وقد قام الباحث بدراسة تواريخ أطفال عينة الدراسة بالإضافة إلى إجراء المقابلات معهم .

وقد أوضحت النتائج أن المعاناة من خبرة الإنفصال المبكر تكون أكثر شيوعا وإنتشارا بين الأطفال المكتئبين عنها عندا الأطفال غير المكتئبين حيث توصلت النتائج إلى أن حوالى (٥٠,٧٪) من الأطفال المكتئبين ، (٢٣,٢٪) من الأطفال غير المكتئبين يعانون الحرمان من الوالدين لمدة زمنية بلغت (٦) أشهر قبل أن يبلغوا (٨) أعوام .

كما أوضحت النتائج إلى أن الأطفال الذين تم إيداعهم فى أكثر من بيت من بيوت الرعاية البديلة كانت نسبة الاكتئاب لديهم عالية وذات دلالة. كما أشارت النتائج أن الأطفال الذين فقدوا والديهم تمثلت أعراضهم الأساسية فى حالة من الحزن الحاد الدائم .

خلاصة وتعقيب :

باستعراض الدراسات التى تناولت الاكتئاب لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية نجد أن هناك تطوراً فى تناول خبرة الحرمان من خلال منظورات متعددة تمثلت فى الحرمان الكلى من الوالدين من قبيل ***(وليد محمد نجيب ، ١٩٩٦)*** ، ***(رودلف ، Rudolph , B.,1997)*** ، ***(جــراى ، Gray , R.,1987)*** ، ***(كــروك وراســكــين ، Crook , T. & Raskin , A.,1975)*** ، والحرمان الجزئى بالانفصال ، بالطلاق ، أو بموت أحد الوالدين من قبيل ***(رشاد عبد العزيز موسى، ١٩٩٣)*** ، ***(نلسون ، وبول Nelson , C. & Paul , V.,1993)*** ، ***(بارنس ، وبروسون ، Barnes , G.&Proson, H.,1985)*** ، ***(رمون ، Ramon , V.,1982)*** أو بسبب المرض من قبيل ***(مارون، Marion,V.,1969)*** بجانب الحرمان السيكولوجى من خلال إقامة الأبناء بالمدارس الداخلية من قبيل ***(سهير كامل أحمد ، ١٩٩٢)*** مما أعطى أبعاداً مختلفة لدراسة الاكتئاب لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية .

وقد توصلت نتائج هذه الدراسات إلى خطورة بقاء هؤلاء الأبناء داخل المؤسسات الإيوائية لفترات طويلة حيث يؤدى ذلك إلى معاناة هؤلاء الأبناء المحرومين من والديهم من الأعراض الاكتئابية من قبيل الرفض ، والهروب ، وسرعة الاستثارة ، وسوء الصحة العامة ، وكراهية الذات والأرق ، واتهام الذات ، والاعاقة فى العمل ، والإحساس بالفشل ***(وليد محمد نجيب ، ١٩٩٦)*** ، ***(رشاد عبد العزيز موسى ، ١٩٩٣)*** ، ***(جراى، Gray,R.,1987)*** ، ***(كروك وراسكين، Crook , T. & Raskin , A.,1975)*** بجانب فقدان فى الشهية ، واضطراب فى النوم ، ولجلجة ، ولزمات عصبية وكسل ، وسرقة ، ***(هودج ، Hodges, J.,1978)*** كما أن لديهم عجز فى الأداء المدرسى ، وزيادة فى التبول اللاإرادى ***(رمــون، Ramon, V.,1982)*** .

كما أوضحت النتائج أنه كلما ارتفع سن الأبناء المفتقدين للدعم الوالدى كلما ازدادت أعراض الاكتئاب ، والقلق ، وسلوك المخاطرة لديهم (*رودلف ، Rudolph, B.1997*) . وذلك نتيجة تعرضهم لمواقف الإحباط والنبذ أثناء إيداعهم داخل المؤسسات التى تتبع أسلوب التربية الجماعية وتلغى فردية الفرد .

كما أشارت هذه الدراسات إلى أن إختلاف أساليب الرعاية المقدمة للأبناء المحرومين من الوالدين يختلف معه تبعا لذلك البناء النفسى لهؤلاء الأبناء ، فأنسب البيئات التى تقدم أفضل أنواع الرعاية هى تلك التى يجد فيها الطفل المحروم رعاية فردية شبة أسرية سواء أكانت هذه الرعاية فى صورة أسر للتبنى أم فى قرية الأطفال S.O.S كأحدث نظام مطور للأسر البديلة (*وليد محمد نجيب ، ١٩٩٦*) ، (*هودج ، Hodges , J,1978*) ومع التسليم بهذا الاهتمام الذى يتبدى فى جمهرة هذه الدراسات والبحوث إلا أنه لم يكن هناك تطوراً ملحوظا فى هذه الدراسات من حيث المنهج المستخدم فقد اعتمدت معظم الدراسات على المنهج التجريبى وذلك عن طريق المقارنة بين مجموعة من الأبناء المحرومين من الوالدين ، بمجموعة من الأبناء الذين يعيشون في كنف والديهم من قبيل (*رشاد عبد العزيز موسى، ١٩٩٣*) ، (*نلسون ، وبول ، Nelson , G .& Paul v.,1993*)، (*سهير كامل أحمد ، ١٩٩٢*) ، (*جراى ، Gray,R,1987*)، (*بارنس ، وبروسون ، Barnes , G . & Proson, H.,1985*) ، (*كروك ، وراسكين، Crook, T.&Raskin,A.,1975*). بينما كانت هناك بعض الدراسات قد إعتمدت على المنهج الإكلينيكى (*رمون ، Ramon , V.,1982*).

ولو غضضنا الطرف عما يمكن أن يوجه من نقد لكل منهج منهما من أنصار المنهج الآخر ، إلا أن هناك نقداً جوهريا للمنهج المستخدم فى هده الدراسات سواء أكان تجريبيا أم إكلينيكيا ألا وهو أن الباحث الذى استخدم أيا من المنهجين قد وقع فيما يطلق عليه (ابن سينا) «الدور» وهو أن يبرهن على منهجه بمنهجه « إذ أن المبرهن بالدور يكون فى الحقيقة مصادراً على المطلوب ... فإنه يبين الشئ بنفسه ، وهذا محال » (*ابن سينا ، ١٩٦٦ ، ٦٧*) وهو مادفعنا إلى أن نجمع بين المنهجين ، من خلال الاكلينيكية الانتقائية ، التى ألتزمنا فيها بمحددات المنهج التجريبى ، حيث المجموعة التجريبية ، والمجموعة الضابطة ، والصرامة التى تقترب بنا من الموضوعية (إن كانت كذلك وذلك باستخدام أدوات سيكومترية مقننة بجانب اعتمادنا أيضا على أدوات اكلينيكية) . وهو ما وضعته الدراسة الحالية موضع الاعتبار من حيث إستخدامها لمنهج الاكلينيكية الإنتقائية .

أما مـن حيث المراحل العمرية المختلفة فقد اهتمت بعض هذه الدراسات بدراسة تأثير الحرمـان من الوالدين على حدوث الاكتئاب لدى الأبناء أما فى مرحلة الطفولة الوسطى *(هـودج، . Hodges , J.,1978)* ، أو فى مرحلة الطفولة المتـأخرة *(وليد محمد نجيب ، ١٩٩٦)* ، *(سهير كامل أحمد ، ١٩٩٢)* أو فى مراحلة المتأخرة (المراهقة والبلوغ) *(رودلف، Rudolph,B.,1997)* *(جـــــراى، Gray . R.1987)* ، *(بــرنـس ، وبـروسـون، Barnes,G,& Proson, H,1985)* *(رمـون، Ramon , V.,1982)* ، *(مـارون ، Marion,V.,1969)*

ومع تسليمنا منذ البدء بأن عملية النمو عملية مستمرة غير منفصلة ، وأن تقسيمه لمراحل فذلك من أجل سهولة التحليل والدراسة ، إلا أن هـناك نقدا يمكن أن يوجه لتلك الدراسات التى تناولت مرحلة المراهقة والبلوغ . وهـى أنها جمعت داخل عينة دراستها بين مرحلتى الطفولة والمراهقة معاً إذ أنه لايمكنا القول بأن أعراض الاكتئاب لدى الأطفال هـى نفسها أعراض الاكتئاب لدى المراهقين ، وهـو ما أولته الدراسة الحالية إهتماما ، نظنه جديرا بالبحث ، من حيث إهتمامها بدراسة مرحلة محددة ألا وهـى مرحلة المراهقة المبكرة (١٣ - ١٦) سنة.

أما عن حجم العينة فيعاب على بعض الدراسات صـغر حجم العينة التى استخدمت فى الدراسة من قبيل *(هودج ، Hodges ,J.,1978)* ، بالإضافة إلى إقتصار بعض الدراسات على عينة الذكور دون الإناث من قبيل *(نـلـســون ، وبـول Nelson , C. & Paul , V.,1993)* ، *(جـــراى Gray , R.,1987)* ، وهـو ما وضعته الدراسة الحالية موضع الاعتبار من خلال تناولها لعينة من الذكور والإناث معاً .

وبنظرة متأنية إلى الأدوات التى استخدمت فـى عـديد من هـذه الدراسات فقد غـلب عليها أسلوب الاختبارات الشخصية *(رشـاد عبد العزيز موسى ، ١٩٩٣)* *(نلسون ، وبـول، Nelson , C. & Paul , V.,1993)* ، *(سهير كامل أحمد ، ١٩٩٢)* ، *(جـراى، Gray , R. 1987)* ، *(بـارنـس ، وبروسون، Barnes, G,& Proson,H,1985)* ، *(كروك وراســكــين، Crook ; T. & Raskin , A.,1975)* وتجدر الاشارة هـنا إلى أنه مـع التسليم بأن الاختبارات الشخصية هـى من الأساليب المستخدمة مع الأطفال والمراهقين إلا أنها لاتعطى احـاطة شاملة عن البناء النفسى لديهم نظراً لأن هـذه الأدوات تقيس الجانب الشعورى فقط بينما تترك جزءا هاماً فى الشخصية لايقل أهمية عن الشعور ، بل قد يزداد أهمية عنه ألا

وهو اللاشعور على اعتبار أن الشعور مجهلة ويتطلب التجهيل الأمر الذى ألزمنا هو الآخر بجانب محاولتنا ألا نقع فى « الدور » بأن نستخدم أدوات سيكومترية - إكلينكية وهو ما وجدنا شبيها له فى دراسة ***(وليد محمد نجيب ، ١٩٩٦)*** .

أما عن النتائج فنلاحظ وجود ثمة تعارض بين النتائج التى توصلت إليها بعض هذه الدراسات فعلى حين أكدت نتائج جمهرة الدراسات على أن الفقدان الوالدى يؤدى بدوره إلى حدوث الاكتئاب لدى الأبناء، نجد ***(بارنس، وبروسون*** *(Barnes,G,&Proson,H,1985,* يشيرون فى نتائج دراستهم إلى عدم وجود إرتباط دال بين فقدان الأم والاكتئاب لدى الأبناء الذين فقدوا أمهاتهم نتيجة الوفاة ، وهو ما يتعارض مع نتائج الدراسات السابقة ، الأمر الذى دفع الباحث للقيام بهذه الدراسة وذلك لمعالجة بعض نواحى القصور التى وجدت فى الدراسات السابقة التى تم عرضها .

ثانيا: دراسات تناولت النزعات الغرزية الجزئية(*) لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية:

١ - دراسة سوندرز، وأواد، (Saunders , E., & Awad , G., 1992)

قام الباحثان عام ١٩٩١ بدراسة العلاقة بين الخلافات الأسرية والسلوك الاستعراضى لدى المراهقين الذين إرتكبوا الإنحرافات الجنسية المتعددة وبخاصة الاستعراضية بجانب المكالمات التليفونية الفاضحة ، وذلك على عينة قوامها (١٩) مراهقا ممن تتراوح أعمارهم الزمنية مابين (١٢ -١٦) سنة وقد استخدم الباحثان أسلوب دراسة الحالة التى أوضحت أن الغالبية العظمى من هؤلاء المراهقين كانوا غير متوافقين إجتماعيا وبجانب ذلك فقد أوضحت التقارير الكلينيكية لأسر هؤلاء المراهقين عن وجود انحرافات جنسية متعددة بداخلها من قبيل الجنسية المثلية ، والجنس المكبوت .

كما أشار الباحثان إلى أن الخلافات الأسرية ساهمت إلى حد كبير فى ظهور الانحرافات الجنسية وبخاصة السلوك الاستعراضى لدى هؤلاء المراهقين .

٢ - دراسة(نيفين زيور،١٩٨٩) .

قامت الباحثة عام ١٩٨٩ بدراسة اكلينيكية لأثر فقدان الموضوع على الحياة النفسية للطفل ، وذلك على عينة قوامها (١٠) من الأطفال اللقطاء المقيمين بمؤسسة التبنى (جمعية أولادى بالمعادى) ممن تتراوح أعمارهم الزمنية مابين (٦ – ١٢) سنة ، وقد استخدمت الباحثة كل من المقابلة الاكلينيكية بجانب إختبار بقع الحبر (روشاخ) وذلك للكشف عن صور الذات لدى الأطفال الذين فقدوا الموضوع الانفعالى بجانب التعرف على طبيعة العمليات الدفاعية التى يستخدمها الطفل إزاء موقف فقدان الموضوع الانفعالى ليس ذلك فحسب بل هدفت الدراسة للكشف عن صور الموضوعات الداخلية والخارجية لدى هؤلاء الأطفال .

(*) لقد اتضح للباحث من خلال تناول الإطار النظرى أن النزعات الغرزية الجزئية ماهى إلا عدوانية قد تتجه إلى الآخرين فتكون السادية أو تتجه إلى الذات فتكون المازوخية بقدر ماتمثل النظارية والاستعراضية فى مستوى لاشعورى سادية ومازوخية على مستوى العين والنظرات ، ولما كانت هناك بعض الدراسات قد تناولت العدوانية فى كافة أشكالها لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية ، واتخذنا منها دراسات سابقة في هذه الاطروحة بإعتبار العدوانية فى كافة أشكالها مرادفاً للنزعات الغرزية الجزئية فقد أثرنا التنوية .

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى الدور الواضح الذى يلعبه الإنكار كميكانيزم دفاعى ينكرون من خلاله الواقع الخارجى فيلجأون إلى واقع متخيل يكون أكثر إحتمالا وبذلك يستطيعون التخلص تماما من تلك الآلام العميقة التي قد يسببها موقف فقدان الموضوع .

وبجانب ذلك فقد أوضحت النتائج إلى أن علاقات الطفل المحروم من الوالدين تتسم بالسطحية ليس مع الواقع المحيط فحسب بل مع الموضوعات الواقعية فهو يرتبط بهذه الموضوعات التى تحيط بواقعه اليومى بشكل سطحى وروابط واهية وعلاقات شكلية ويرجع ذلك إلى أن الاحباط الواقعى من فقدان الموضوع على درجة قاسية من الإيلام وهو ما يسبب وجيعة نرجسية شديدة للطفل تتسبب فى مثل هذا الانشطار لصورة الذات وبالتالى لصور الموضوعات وهذا بدوره يؤدى لجمود فى التعامل مع الواقع والآخرين بجانب ميول إنسحابية ، فالعالم الخارجى صارت موضوعاته مفزعة ومؤلمة بشكل واضح ومن هنا يفر الطفل إلى عالم أكثر ضراوة وإن كان يستطيع فيه تجنب أذى الموضوعات الواقعية فهو يستطيع أن يعبر عن مشاعر عدوانه دونما خوف أو فزع من العقاب .

كما أوضحت النتائج إلى أن استجابات أغلب الأطفال على إختبار بقع الحبر ترى فى اللون الأحمر دم ، وهو ما يشير إلى مشاعر عدوانية شرسة تجاه الموضوع الذى هجره أو إلى الذات التى بسبب عدوانيتها أدت إلى فقد الموضوع كما أظهرت إستجابات الأطفال اضطرابا فى الهوية الجنسية بصفة خاصة عند الذكور الذين كان موضوع توحدهم الدائم هو الأم والذى أرجعته الباحثة إلى طبيعة التنشئة التى يمر بها الطفل داخل الملجأ فهو لايتعامل فى أغلب يومه إلا مع الإناث من المربيات اللاتى يمثلن مصدراً أساسيا من مصادر السلطة وبذا تكتسب إلى جانب أمومتها صفات إيجابية وسلطاوية وبذا يصير من المنطقى إمتلاكها فى المتخيل للعضو الذكرى ، وهذه الطبيعة المخنثة لموضوع التوحد تؤدى بالضرورة لطبيعة مخنثة لصورة الذات .

٣ - دراسة (بدرينة محمد العربى، ١٩٨٨).

قام الباحث عام ١٩٨٨ بدراسة أثر الحرمان من الوالدين على شخصية الطفل وقد تكونت عينة الدراسة السيكومترية من (١٠٠) طفل وطفلة وهم مقسمون إلى (٥٠) طفلا وطفلة من الأطفال اللقطاء الذين لم يخبروا الحياة الأسرية تماما بجانب (٥٠) طفلا وطفلة من الأطفال المقيمين مع الوالدين ، بينما تكونت عينة الدراسة الإكلينيكية من (٨) حالات بواقع (٤) حالات فى المجموعة الضابطة (٤) حالات فى المجموعة التجريبية وكانت جميع وحداتها من الذكور ،

وقد تراوحت المرحلة العمرية لعينة الدراسة مابين (٩ -١٢) سنة وطبقا للمنهج الإكلينيكى المستخدم في الدراسة فقد استخدم الباحث كل من استمارة بيانات شخصية ، واختبار المصفوفات المتتابعة المقنن لرافن للمجانسة بين العينتين ، واختبار الشخصية الإسقاطى ، وإختبار رسم الأسرة .

وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن صورة الذات لدى الأطفال اللقطاء غارقة فى مشاعر البؤس ، والإنزواء ، والإنعزال ، وغياب السند والأمن عنها لإفتقاد الصور الوالدية المطمئنة ، كما تسيطر عليها مشاعر الذنب والقلق والدونية وإنخفاض تقدير الذات لغياب الجانب النرجسى بجانب ضعف التواصل بالعالم الخارجى والإنسحاب منه إلى محور الجسم أو الذات الذى يعزز الجانب النرجسى الأولى .

كما أشارت النتائج إلى كثرة الاستجابات السادية النرجسية وهو ما يشى إلى اضطراب الغرائز ، وإطلاق اليد العليا للعدوان ، وإن كان هدا العدوان يشى على المستوي اللاشعورى إلى محاولة إعادة كسب عطف حب الوالدين إليه، كما أوضحت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال المقيمين مع والديهم استطاعوا تجاوز الأوديب الذى يعتبر عامل حاسم فى عملية النمو خلال مرحلتى المراهقة والرشد أما فيما يتعلق بالأطفال اللقطاء فلم يستطيعوا تجاوز الأوديب بسبب ضعف الأنا لديهم ، لذا تبقى الحياة العاطفية لديهم مطبوعة بالارتباطات الجنسية ويطابعها المتزايد فى الحب أكثر من الكراهية ، ومع ما تتميز به من تعاكس وتناقض فى المشاعر فالعواطف فى هذا الميدان تخضع لمبدأ الكل أو العدم ، فلقد كانت هذه الإرتباطات ضيقة ومحصورة ، فإما أن يسلك الطفل سلوكا تسلطيا وذلك عندما لايفكر إلا فى إرضاء نفسه دون مراعاة حاجات الموضوع ، وإما أن يسلك سلوكا خضوعيا عندما يكون تابعا تبعية كلية للآخرين .

٤ - دراسة دويير (Dwyer , M ., 1988)

قامت الباحثة عام ١٩٨٨ بدراسة للديناميات النفسية لمرضى الإستعراضية والنظارية وذلك من خلال إجراء المقابلات الإكلينيكية مع مجرمى الجنس وبخاصة مرتكبى الإستعراضية والنظارية .

وقد أوضحت الباحثة أن هؤلاء المرضى كانوا ذو علاقات سيئة مع آبائهم ولديهم أمهات ذوى حماية مفرطة وبجانب ذلك فقد كان لديهم خبرات جنسية صادمة فى مرحلة الطفولة المبكرة ، وينقصهم المهارات الإجتماعية والجنسية كما كان لديهم نقد شديد لذواتهم وليس لديهم مسئولية شخصية عن سلوكهم وقد أوضحت الباحثة أن أفضل طرق العلاج تتمركز فى العلاج النفسى ، والعلاج العائلى البنائى ، والإستراتيجى ، والمهارات الإجتماعية ، والعلاج السلوكى وإعادة البناء المعرفى .

٥ - دراسة مارشال ، (Marshall , O., 1988)

أجرى الباحث عام ١٩٨٨ دراسة بعنوان « خبرات الطفولة فى مرحلة المراهقة للأفراد ذوى الأمهات والذين ليس لديهم أمهات » وذلك على عينة قوامها (٣٥) مراهقا ممن فقدوا أمهاتهم وتم إيداعهم فى بيوت الرعاية البديلة وتمت مقارنتهم بـ (٣٩) مراهقا لديهم أمهات ، وقد قام الباحث بتجميع المعلومات عن هؤلاء المراهقين والمتمثلة فى خبراتهم الطفولية والديموغرافية بجانب استخدام مقياس التحصيل التعليمى .

وقد أوضحت النتائج أن المراهقين ممن ليس لديهم أمهات والمودعين فى بيوت الرعاية البديلة يعانون من القسوة الأسرية والإهمال الوالدى وانخفاض مستوى التحصيل لديهم ، كما أظهروا نوعا من العنف بالإضافة إلى إفراطهم فى شرب الكحوليات عن أقرانهم ذوى الأمهات.

٦ - دراسة رجان ، وماك جلاس ، (Ragan, P. & Mcglas, T ., 1987)

أجرى الباحثان عام ١٩٨٧ دراسة حول أثر وفاة الوالدين فى مرحلة الطفولة على نشأة الأمراض النفسية والعقلية عند الكبار وذلك على عينة قوامها (٧٢) مريضا من المرضى المقيمين بالمستشفيات ممن توفى أحد والديهم حينما كانوا فى مرحلة الطفولة وقد قام الباحثان بتتبع هذه الحالات لفترة زمنية بلغت (١٥) عاما عن طريق التقارير الطبية فى المستشفيات بالإضافة إلى إجراء المقابلات مع المرضى.

وقد أوضحت النتائج أن هناك عدداً من الأطفال يعانون من ميول عدائية تجاه المجتمع (كإساءة استعمال الأدوية والانحراف الجنسى والخروج عن القانون والنزعات العدوانية) . كما أن علاقاتهم بالآخرين تتسم بالتوتر وعدم الإستقرار بالاضافة لإحساسهم المزمن بالفراغ والملل بدرجة عالية .

٧ - دراسة (جمال شفيق أحمد ، ١٩٨٦) .

قام الباحث عام ١٩٨٦ بدراسة حول السمات الشخصية المميزة للمودعين والمودعات ببعض المؤسسات الإيوائية ، والتى ترتبط بمستوى أنشطة وخدمات الرعاية المتبعة فى تلك المؤسسات ، وذلك على عينة قوامها (١٧٢) من المودعين والمودعات بالمؤسسات الإيوائية بواقع (١٠٠) من الذكور ، (٧٢) من الإناث ممن تتراوح أعمارهم الزمنية مابين (١٣ - ١٨) سنة ، وقد استخدم الباحث كل من إستمارة بيانات عن المودعين بالمؤسسات الإيوائية ، واستمارة أنشطة وخدمات الرعاية بالمؤسسات الإيوائية ، ومقياس الشخصية للمرحلة الإعدادية والثانوية .

ولقد أشارت النتائج إلى أن السمات الشخصية المميزة للمودعين فى المؤسسات ذات المستوى المرتفع فى الرعاية يتمثل فى التفاعل الاجتماعى ، وتقبل الذات ، والاستعراض والثقة بالنفس ، والمرونة ، بينما وجد أن السمات الشخصية المميزة للمودعين فى المؤسسات ذات المستوى المنخفض فى الرعاية تتمثل فى الشعور بالإثم، والخجل، والإنطواء ، والخيال ، والتوتر.

أما فيما يتصل بالسمات الشخصية المميزة للمودعات فى المؤسسات ذات المستوى المرتفع فى الرعاية فقد تمثلت فى التفاعل الاجتماعى ، والشعور بالإثم ، تقبل الذات أما المودعات فى المؤسسات ذات المستوى المنخفض فقد تمثلت فى الخيال والتوتر ، والشعور بالإثم .

٨ - دراسة جيلين ، (Glenn , J., 1984)

قام الباحث عام ١٩٨٤ بدراسة العلاقة بين صدمات الطفولة والمازوخية ، وذلك على عينة قوامها (٣) حالات ممن مروا فى طفولتهم بخبرات مؤلمة أوصادمة بواقع (٢) من الذكور ، (١) من الإناث ، ممن تبلغ أعمارهم الزمنية على التوالى (٢٣ ، ٤٠ ، ٢٨) سنة .

وقد إستخدم الباحث أسلوب دراسة الحالة للحصول على البيانات والمعطيات المتصلة بالتنشئة لدى الحالات الثلاثة فى مرحلة الطفولة .

وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى أن الصدمات الطفولية المؤلمة التى مرت بها الحالات الثلاث ، كانت جد حادة بدرجة أثرت على كل من الجوانب الشعورية واللاشعورية لديهم كما أعاقتهم عن إستخدام بعض الميكانيزمات والحيل ، والأساليب الدفاعية عن نحو ملائم فى مرحلة الطفولة مما أدى بدوره إلى نمو المازوخية لديهم .

كما أوضحت النتائج إلى أن الأطفال الذين تعرضوا لصدمات ، وإحباطات متكررة ومؤلمة كانوا يمارسون العقدة الأوديبية ، كعلاقة سادو مازوخية وذلك عند التصدى لمواجهة خبرة أليمة، حيث كان الطفل يستدعى بعض المكبوتات اللاشعورية المتضمنة للخبرات المؤلمة أو الصادمة ، التى كانت تدفعه لتخيل المحاولة الجنسية التى يحصل من خلالها على اللذة أو الإشباع المازوخى .

٩ - دراسة (إيمان القماح ، ١٩٨٣)

أجرت الباحثة عام ١٩٨٣ دراسة بعنوان « أثر الحرمان من الوالدين على البناء النفسى للطفل » وذلك على عينة قوامها (١٠) أطفال من اللقطاء الذين تم إيداعهم منذ بداية حياتهم بجمعية أولادى بالمعادى وهم مقسمون إلى (٥) ذكور ، (٥) إناث ممن تتراوح أعمارهم الزمنية مابين (٤ –٨) سنوات . وقد استخدمت الباحثة كلا من إختبار تفهم الموضوع للأطفال (C.A.T) ، واختبار الرسم الحر ، واختبار الأسرة المتحركة ، واختبار رسم الشخص لماكوفر ، واختبار اللعب الحر .

وقد أشارت النتائج إلى أن أهم ملامح البناء النفسى للطفل المحروم من الوالدين وعلاقته بواقعه أن صورة الذات لديه تحتويها المشاعر السلبية والاكتئابية ، والشعور بالوحدة ، والانعزال لفقد السند وغياب الآخر ، والشعور بافتقاد الأمن ، والشعور بالتهديد ، والشعور بالعدوانية ، وإنخفاض تقدير الذات .

كما توصلت النتائج إلى أن صورة الجسم لدى الطفل المحروم مشوهة مبتورة عبرت عن ازدواجية الدور الجنسى ، والتأرجح بين الذكورة والأنوثة ، وتشويه صورة الجسم ، وسرقة الطعام ، والبوال العصابى ، وضعف الضمير ، كما اتسمت العلاقة بالآخرين بالتباعد الوجدانى، والشكوك ، والمخاوف ، والعدوانية .

١٠ - دراسة ألمانسى ، (Almansi , R ., 1979)

قامت الباحثة عام ١٩٧٩ بدراسة عنوانها « فقدان الموضوع والنظارية ، وذلك من خلال دراسة حالة لرجل فى منتصف الثلاثينات من عمره ، يعانى من النظارية وقدتمثلت أعراضه الأساسية فى قيامه بالتلصص عبر النوافذ لساعات طويلة على السيدات ، بجانب الاستسلام لممارسة العادة السرية ، والقيام ببعض المكالمات التليفونية الفاضحة مع سيدات لايعرفهم ،

والإحساس بتعذيب وشنق السيدات ، والرغبة فى ارتداء ملابس الجنس الآخر ، فضلا عن إصابته بحالة من المخاوف سواء كان ذلك فى الخوف من الموت أم من الإصابة بسرطانات فى المعدة ، والمستقيم ، والعضو الذكرى مما كان يصابه بحالة من الاكتئاب وهو ما يشى فى حد ذاته إلى شعور بالذنب نتيجة ممارسته للعادة السرية بجانب النشاطات الجنسية الأخرى .

وقد أوضحت الباحثة من خلال الدراسة المتعمقة أن المريض كان متزوجا من إمرأة متسلطة ميالة للشجار ، وكانت مشاعرها متجمدة ذات ميول هستيرية ، فكانت تقوم بضرب زوجها بصورة سادية إلا أنه على الرغم من ذلك فقد كان يشعر فى قرارة نفسه بالإنجذاب إليها ، وبجانب ذلك فقد كان والده مدمن كحوليات ذا ميول هذائية ، وكان رجلا سلبياً يسمح لزوجته أن تدير شئون العائلة . أما والدته فقد كانت تعانى من ميول استعراضية بجانب نظارية والتى تتضح عبر استخدامها لمنظار مكبر للتلصص على الآخرين ، فضلا عن قيامها بممارسة العادة السرية عبر المكالمات التليفونية الفاضحة ، وقد عانى المريض من تفضيل الأم لأخته عليه ، بجانب شعوره بالخوف وعدم الإستقرار ، وعدم القدرة على اتخاذ القرار فى حضورها ، وتلك هى نفس الحالة التى يعانيها مع زوجته ، أما عن العلاقة بالأخت فقد كانت تعامل المريض بصورة فيها إغواء ، وإستظهار جنسى ، وهو ما أدى بدوره إلى حب النظارية لدى المريض منذ الطفولة المبكرة بجانب ممارسة العادة السرية ويتتبع الباحث للحياة النفسية لدى المريض عبر مراحله المختلفة وجد أن المريض عندما بلغ من العمر (٨) شهور قامت الأم بفطامه ، مما أدى إلى إعطائه لبن الأبقار كبديل للرضاعة الطبيعية ، وقد أدى ذلك إلى إصابته بحالة من الإسهال الحاد ، مما جعل الأم تنفر منه نتيجة تلك الرائحة الكريهة التى كانت تصدر عنه ، وهذا بدوره أدى إلى إصابته بحالة من الاكتئاب الشديد ، بجانب نوبات من البكاء ، والصراخ ، وإصابة جسمه بحالة من الهزال الشديد ، وقد استمرت هذه الحالة حتى بلغ المريض (١٨) شهراً وعند بلوغه من العمر (٨) سنوات كان المريض مدركا لعلاقة والديه الجنسية وكان يأمل أن يراهما فى وضع جنسى أثناء ممارسة عملية الجماع ، هذا بالإضافة إلى أنه كان يتلصص على أمه عبر النوافذ وهى تستحم ليراها عارية بدون ملابس . وحين كان عمره (١٠) سنوات كان يمارس العادة السرية جماعيا مع ولد يكبره فى العمر ، مما أدى إلى أصابته بالقلق لعدم قدرته على الإنتصاب . وحين بلغ من العمر (١٣) عاما تغيرت أحواله فى الحياة فتحول من شخص مجتهد نشيط إلى شخص كسول غير كفء يستغرق فى أحلام اليقظة بصورة كبيرة ،

كما تعرض فى هذه المرحلة العمرية لمحاولة إغتصاب من أحد الأفراد ، ولكنها كانت محاولة غير ناجحة ، وفى عمر (١٦) عاماً أغوته فتاة تكبره فى العمر فقام بممارسة الجنس معها .

ولقد أوضحت الباحثة عبر استخدام الجلسات العلاجية أن إصابة المريض بهذه الأعراض ماهو إلا نتيجة الخوف من فقدان الموضوع فى فترة جد باكرة من الحياة والذى يعد عاملا هاماً فى تهيئة الفرد للإصابة بانحراف النظارية ، إذ أن الرغبة الملحة لمواصلة الاتصال البصرى بالموضوع وشمولة بصريا والإندماج معه يؤدى بدوره إلى زيادة شحنة الوظيفة البصرية التي تعد لاحقا أساسا لتطور حالة النظارية نتيجة إصطباغها بطابع جنسى .

وبجانب ذلك فقد أشارت الباحثة بأنه إذا كان فقدان الموضوع عاملا مسبباً للنظارية فمن الأفضل عدم توقع ناتج علاجى ناجح حتى يتعامل المحلل مع الصعوبات الأولية التى واجهها الطفل فى علاقته الأولية بالأم .

١١ - دراسة بوهمان ، (Bohman , S., 1979)

قام الباحث عام ١٩٧٩ بدراسة حول تأثير الإقامة طويلة المدى فى المؤسسات الإيوائية على الأطفال المحرومين من الوالدين وذلك على عينة قوامها (٥٧٩) طفلا وطفلة من الأطفال الذين تم إيداعهم فى هذه المؤسسات فى السنة الأولى من حياتهم ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١١ – ١٥) سنة . وكان هؤلاء الأطفال قد مكثوا بهده المؤسسات فترات زمنية مختلفة قبل إنتقالهم إلى أسر بديلة لتبنى هؤلاء الأطفال ، وقد قام الباحث بجمع المعلومات من خلال سؤال مدرس الفصل عن معدل توافق هؤلاء الأطفال مع زملائهم ، وكان ذلك من خلال إستخبار يشتمل على (٩) متغيرات هى التوتر ، والإنسحاب ، والعدوانية ، والأنشطة الحركية ، والقدرة على التركيز ، والتواصل مع الأقران ، والنضج الإجتماعى ، والذكاء ، والدافعية الدراسية ، كما إستخدم الباحث مقياس التحصيل المدرسى لخمس مواد دراسية .

وقد توصلت النتائج إلى أن الأطفال الذين مكثوا فترة زمنية طويلة بالمؤسسة بمعدل أكثر من (٦) شهور كان معدل توافقهم منخفض من حيث التوافق الشخصى والإجتماعى ، فكانوا أكثر عدوانية وتوتراً وأقل نضجا إجتماعيا وتواصلا مع الأقران من هؤلاء الأطفال الذين مكثوا فترة زمنية قصيرة بالمؤسسة لم تتجاوز (٦) أشهر .

كما أوضحت النتائج أن أطفال المجموعة الأولى قد أظهروا إنخفاضا فى معدل الدرجات المدرسية ، وفى القدرة على التركيز من أطفال المجموعة الثانية الذين مكثوا بالمؤسسة فترة زمنية أقل من المجموعة الأولى .

خلاصة وتعقيب :

باستعراض الدراسات التى تناولت الحرمان الوالدى وعلاقته بالنزعات الغرزية الجزئية لدى الأبناء نجد أن هناك تنوعا فى تناول خبرة الحرمان الوالدى فى علاقته بالنزعات الغرزية الجزئية فهناك دراسات تناولت الحرمان الوالدى والنظارية من قبيل دراسة (***دويير، Dwyer , M .,1988***) ، (***المانسى ، Almansi , R., 1979***) والإفتقاد الوالدى والاستعراضية (***سوندرز ، واواد، Saunders , E. & , Awad , G., 1992***) (***جمال شفيق أحمد ، ١٩٨٦***) ، والحرمان الوالدى والسادية (***مارشال، Marshall ,O, 1988***) ، (***رجان ، وماك جلاس، Ragan , . & Mcglas. T ., 1987***) ، (***بوهمان، Bohman,S.,1979***) والحرمان الوالدى والمازوخية (***جيلين، Glenn , J. , 1989***) بجانب دراسات تناولت الحرمان الوالدى وعلاقته بالسادية والمازوخية معاً من قبيل دراسة (***نيفين زيور ، ١٩٨٩***) ، (***بدرينة محمد العربى، ١٩٨٨***) ، (***إيمان القماح ، ١٩٨٣***)

وقد توصلت نتائج هذه الدراسات إلى أن الفقدان المبكر للموضوع يعد عاملا هاما فى تهيئة الفرد للإصابة بالنظارية (***المانسى، Almansi , R., 1979***) بجانب الخلافات الأسرية التى تعد هى الأخرى عاملاً مساهما فى ظهور السلوك الاستعراضى لدى المراهقين (***سوندرز ، واواد ، Saunders, E .,& Awad , G., 1992***) ليس ذلك فحسب فصدمات الطفولة تؤثر بدورها على الجوانب الشعورية واللاشعورية للفرد بطريقة تعوقه عن إستخدام الميكانيزمات والحيل الدفاعية على نحو ملائم فيساهم ذلك بدوره على نمو المازوخية لديه (***جيلين، Glenn , J., 1989***) كما تجعلهم يعانون من ميول عدائية تجاه المجتمع من قبيل إساءة إستعمال الأدوية والإنحراف الجنسى والخروج عن القانون (***رجان ، وماك جلاس، Ragan, p. & Mcglas , T. 1987***) بجانب إفراطهم فى شرب الكحوليات (***مارشال، Marshall , O., 1988***) .

كما أشارت النتائج إلى أن الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية يتسمون بمشاعر عدوانية شرسة سواء أكان ذلك تجاه الموضوع أم إلى الذات (***نيفين زيور ، ١٩٨٩***) فليس لديهم أى مسئولية شخصية عن سلوكهم (***دويير، Dwyer , M., 1988***) لذا نجد علاقتهم بالآخرين تتسم بالتباعد الوجدانى ، والشكوك ، والمخاوف ، والعدوانية والتوتر ، وقلة النضج الإجتماعى (***إيمان القماح ، ١٩٨٣***) ، (***بوهمان، Bohman , S., 1987***) بجانب ضعف التواصل بالعالم الخارجى والإنسحاب منه إلى محور الجسم أو الذات الذى يعزز الجانب النرجسى الأولى (***بدرينة محمد العربى ، ١٩٨٨***) وهذا بدوره يؤدى لإحساسهم المزمن بالفراغ والملل بدرجة عالية (***رجان ، وماك جلاس، Ragan , p. & Mcglas. T 1987***) وذلك نتيجة لافتقاد الصور الوالدية المطمئنة (***بدرينة محمد العربى ، ١٩٨٨***)

ومع التسليم بهذا الاهتمام الذى يتبدى فى جمهرة هذه الدراسات والبحوث إلا أنه – لايوجد فى حدود علم الباحث – دراسة عربية أو أجنبية تناولت الحرمان من الوالدين فى علاقته بالنزعات الغرزية الجزئية بكافة أبعادها (النظارية – الاستعراضية – السادية – المازوخية) فكافة الدراسات لم تتناول سوى بعد واحد أو إثنين على الأكثر من الأبعاد الأربعة المكونة للنزعات الغرزية الجزئية فى علاقتها بالحرمان الوالدى وهو ما وضعته الدراسة الحالية موضع الاعتبار.

هذا بالاضافة إلى أن معظم الدراسات التى تناولت الحرمان الوالدى فى علاقته بالنزعات الغرزية الجزئية قد اعتمدت على المنهج التجريبى « كافة الدراسات » بينما كانت هناك بعض الدراسات قد اعتمدت على المنهج الإكلينيكى (***نيفين زيور ، ١٩٨٩***) (***بدرينة محمد العربى ، ١٩٨٨***) ، (***إيمان القماح ، ١٩٨٣***)

ولو غضضنا الطرف عما يمكن أن يوجه من نقد لكل منهما من أنصار المنهج الآخر وهو ما دفعنا إلى أن نجمع بين المنهجين فى دراستنا للنزعات الغرزية الجزئية من خلال منهج الإكلينيكية الإنتقائية وهو ما وجدنا شبيها له فى دراسات جد قليلة (***بدرينة محمد العربى ، ١٩٨٨***) .

أما من حيث المراحل العمرية المختلفة فقد اهتمت بعض هذه الدراسات بدراسة الحرمان الوالدى وعلاقته بالنزعات الغرزية الجزئية إما فى مرحلة الطفولة الوسطى (*إيمان القماح ، ١٩٨٣*) أوفى مرحلة الطفولة المتأخرة (*نيفين زيور ، ١٩٨٩*) (*بدرينة محمد العربى ، ١٩٨٨*) بجانب المراحل المتأخرة « الرشد » (*دويير، Dwyer , M. , 1988*) ، (*رجان ، وماك جلاس ، Ragan , p. & Mcglas . T. 1987*) (*جيلين , Glenn , J., 1984*) ، (*المانسى , Almansi, . R., 1979*) بينما كانت هناك ندرة فى الدراسات التى تناولت مرحلة المراهقة (*سوندرز، واواد ، Saunders , E., & Awad , B , 1992*) وهو ما أولته الدراسة الحالية اهتماما نظنه جديراً بالبحث مِّن حيث إهتمامها بمرحلة المراهقة المبكرة (١٣ - ١٦) سنة .

وبنظرة متأنية إلى حجم العينة المستخدم فى هذه الدراسات فيعاب على بعضها صغر حجم العينة التى استخدمت فى الدراسة من قبل دراسة (*المانسى ، Almansi , R ., 1979*) (*جيلين، Glenn , J., 1984*) ، (*سوندرز ، واواد ،Saunders, E .,& Awad , G., 1992*) بالإضافة إلى إقتصاد بعض الدراسات على عينة الذكور دون الإناث من قبيل دراسة (*مارشال، Marshall ,O, 1988*) ، (*سوندرز ، واواد , Saunders, E .,& Awad G., 1992*) حيث إعتمدت بعض الدراسات على عينة الإناث دون الذكور (*المانسى، Almansi , R ., 1979*) وهو ماوضعته الدراسة الحالية موضع الإعتبار من خلال تناولها لعينة من الذكور والإناث معاً .

وبنظرة فاحصة إلى الأدوات التى استخدمت فى عديد من هذه الدراسات فقد غلب عليها أسلوب المقاييس السيكومترية من قبيل دراسة . (*مارشال، Marshall ,O, 1988*) ، (*بوهمان ، Bohman , S ., 1987*) ، (*جمال شفيق أحمد ، ١٩٨٦*) بينما اعتمدت بعض الدراسات الأخرى على التقارير الطبية والإكلينيكية (*سوندرز ، وأواد ،. Saunders, E ., & Awaad , G, 1992*) ، (*رجان ، و ماك جلاس ، Ragan , p, & mcglas , . T, 1987*) فى حين إستخدمت بعض الدراسات أساليب إسقاطية (*نيفين زيور ، ١٩٨٩*) ، (*بدرينة محمد العربى ، ١٩٨٨*) ، (*إيمان القماح ، ١٩٨٣*) وطبقا لمنهج الدراسة المستخدم ألا وهو منهج الاكلينيكية الإنتقائية، فإن الأمر يلزمنا كى لانقع فى الدور بأن نستخدم أدوات تجمع مابين المنهج التجريبى والإكلينيكى وهو ما يتحقق لنا عبر تلك المحاولة الرائدة التى قام بها

حسين سعد الدين الحسينى حينما قام بتصميم وتقنين مقياس للدفعات الغرزية الجزئية (شبه إسقاطى) *(حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٧)* نستطيع من خلاله الكشف عن مكونات دينامية لاشعورية الأمر الذى دفع الباحث للقيام بهده الدراسة وذلك لمعالجة بعض نواحى القصور التى وجدت فى الدراسات السابقة التى تم عرضها.

ثالثا :دراسات تناولت علاج الاكتئاب لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية :

١ - دراسة (عزة صالح الألفى ، ١٩٨٦).

أجرت الباحثة عام ١٩٨٦ دراسة بعنوان « استخدام العلاج الجماعى لتعديل بعض الحاجات والضغوط لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية وذلك على عينة قوامها (٤٠) طفلا من الأطفال اللقطاء الذين تم إيداعهم بإحدى المؤسسات الإيوائية ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١٠ - ١٣) سنة وتمت مقارنتهم بـ (٤٠) طفلا فى ذات المرحلة العمرية والجنس ويقيمون مع أسرهم ، وقد تمثلت هذه الحاجات فى الصراع النفسى ، الشعور بالتعاسة ، وفقدان السند الانفعالى ، بينما تمثلت الضغوط فى السند ، والضياع ، والعدوان . وقد استخدمت الباحثة كلا من المقابلة الإكلينيكية ، إختبار تكملة الجمل، إختبار تفهم الموضوع للأطفال (C . A . T) .

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن الشعور بالتعاسة ، العدوان ، والنبذ قد أمكن علاجهم نتيجة العلاج الجماعى حيث أدت المنافسة الجماعية إلى إشعار كل طفل بأنه ليس وحده البائس والمنبوذ ، وأن هذه الحالة تزول بإندماج الطفل مع زملائه . أما بالنسبة للحاجات والضغوط الأخرى فلم تكن لها دلالة إحصائية وقد أرجعت الباحثة ذلك إلى أن الجلسات العلاجية لم تكن بالقدر الكافى حتى تحقق نتائج ظاهرة فيما يتصل بتلك الحاجات والضغوط .

٢ - دراسة مايسينارد ، (Missenard , F., 1985)

قام الباحث عام ١٩٨٥ بدراسة حول التخييلات الأسرية والأساليب المرضية لدى المراهقين المحرومين من الرعاية الأسرية وذلك على عينة قوامها (٦) من المراهقين ممن تم إيداعهم منذ باكورة حياتهم بالمؤسسات الإيوائية . وقد تعرضت الدراسة لمناقشة كل من إحساسات هؤلاء المراهقين بالرفض ، والخجل ، والهجران والحرمان ، والعقاب ، وعدم النضج ، والعدوانية ، والإحساس بالنقص والدونية وذلك من خلال تحديد وتسجيل القصص الخيالية والبطولية التى يرويها المفحوصين .

وقد أظهرت النتائج أن إقامة المراهقين المحرومين من الرعاية الأسرية بالمؤسسات الإيوائية قد ترتب عليها معاناتهم من اضطرابات فى التفكير، وعدم التوافق ، وتكوين اتجاهات مضادة للمجتمع . كما تؤدى بهم إلى جناح الأحداث ، والإنعزالية ، وهوس التسمم ، وإدمان الكحوليات، والكراهية ، والمازوخية بجانب نرجسية مرضية حادة ، وخوف من المستقبل .

كما أشارت النتائج إلى إمكانية العلاج النفسى لهؤلاء المراهقين عن طريق استخدام تكنيك السيكودراما باعتبارها منهجا فعالا ومفيد للعلاج النفسى ألا أنها تشير فى الوقت نفسه إلى أن إمكانية العلاج يجب ألا تتم إلا فى مرحلة المراهقة وذلك لصعوبة العلاج قبل ذلك .

٣ - دراسة بيرس ، (Perse , p., 1980)

قام الباحث عام ١٩٨٠ بدراسة حول أثر الحرمان من الوالدين وإمكانية العلاج النفسى وذلك بدراسة طفل فى الثامنة من العمر تعرض للحرمان والهجر من والديه بعد الميلاد وقد أظهر الطفل فشله في الإقامة بإحدى المؤسسات الإيوائية مرتين ، وقد استخدم الباحث جلسات التحليل لمدة أربع سنوات استمرت من سن الثامنة إلى الثانية عشرة من عمر الطفل .

ولقد أظهر هذا الطفل فى بداية فترة العلاج سلوكا تخريبيا وتحطيم وفوضى ثم أظهر قسوة فى المعاملة السلوكية وكراهية للأطفال الآخرين . كما عبر عن خوفه من المستقبل وشعور بالحزن والاكتئاب ، وفى نهاية فترة العلاج أظهر الطفل كفاحا من أجل التغلب على تأثير هذه الصدمة النفسية فى حياته . مما يشير إلى إمكانية العلاج النفسى لآثار الحرمان من الوالدين ولكن بعد فترة غير قصيرة من العلاج .

٤ - دراسة لوفرى ، وستون ، (Lovery , L. & Stone , F., 1965)

قام الباحثان عام ١٩٦٥ بدراسة حالة طفلة تدعى هيلين تبلغ من العمر (٤,٥) سنة تعانى من حرمان عاطفى مبكر مما أدى إلى إقامتها مع والدين بالتبنى عندما كان عمرها يتراوح مابين (٢ – ٣) سنوات وقد أمكن للباحثان الحصول على بعض المعلومات المتصلة بالتنشئة الأولى لحياتها والتى تمثلت فى أن الطفلة كانت الابنة الثالثة غير الشرعية لسيدة تربت فى إحدى المؤسسات الإيوائية منذ الصغر ، وقد أقامت الطفلة مع الأم الطبيعية لمدة (عام) بإحدى المؤسسات ، وقد كانت علاقة الاتصال بين الأم والطفلة جد قليلة نظراً لأن الأم كانت تعتنى بـ (٢٤) طفلا آخر ، وعندما بلغت هيلين الشهر (٢٥) أقامت مع والديها بالتبنى الذين وصفوها منذ البدء بالهدوء ، وحسن الطباع ولكن سرعان ما أصيبت هيلين بنوبات من الصراخ المستمر، وجذب الشعر بقسوة ومص الأصابع فى الليل ، كما كان ينتابها حالة من الأرق أثناء النوم بجانب حدة الانفعال لديها . وحين بلغت هيلين من العمر (٢,٥) سنة كانت نبرات كلامها بها نوعا من الخلط ، وغير مفهوم . وعندما بلغت من العمر (٤,٥) سنة أرادت الأم الأصلية

إستعادة الطفلة فأدى ذلك إلى شعور الطفلة بعدم الأمان مما دفع الوالدين بالتبنى لعرض الطفلة على إحدى المعالجات النفسيات التى أوضحت أن هيلين تعانى من نكوص سريع لمستوى طفلى ازاء الاستجابة للمواقف المختلفة التى تتعرض لها .

وقد إستخدمت المعالجة النفسية جلسات العلاج الجماعى مع الطفلة لفترة زمنية امتدت إلى (٦) أشهر بواقع مرة كل أسبوع وذلك من خلال وضع الطفلة فى مجموعة علاجية مفتوحة تكونت من (٦) أطفال من أعمار زمنية مختلفة يتغير أفرادها من حين لآخر . وكان ذلك بمثابة نوع من سد الفراغ فى حالة هيلين لحين تكوين مجموعة علاجية مغلقة فيما بعد ، وقد كانت هيلين قليلة الاتصال سواء أكان ذلك بالنسبة للكبار أم بالنسبة للأطفال الآخرين المكونين للجماعة العلاجية ليس ذلك فحسب بل كانت مشوشة ومتوترة وغير مستقرة ، وشاردة الفكر ، وكان ذلك فى نهاية الفترة العلاجية التى صادفت دخولها المدرسة مما دفع المعالجة النفسية إلى وضع هيلين فى مجموعة أخرى تتكون من (٣) أطفال وعلى الرغم من ذلك ظلت هيلين وحيدة ومنعزلة عن الأفراد المحيطين بها وازداد بكاؤها وصياحها ونزعاتها العدوانية ، ولم يبدُ أى تحسن فى شخصيتها مما أدى إلى توقف العلاج للمرة الثانية بعد أن دام (٦) أشهر أخرى . وبدأت الأعراض تسوء ، وبدأت تجذب شعرها بقسوة لدرجة أنها أصابت جزء من رأسها بالصلع . بجانب حالات الصراخ الحادة يوميا .

وعندما بلغت هيلين من العمر (٨) سنوات عاودت الرجوع مرة أخرى للمعالجة النفسية إلا أنها كانت تبدو غير قادرة على الاستقرار أو على إقامة أى علاقات اجتماعية مع الآخرين ، وهنا بدأت المعالجة فى إتخاذ موقفا سلبيا من الطفلة فلم تبدِ أى محاولة للإتصال بالطفلة ، كما كانت استجابتها لمطالبها المستمرة الحركية بالقليل من الكلمات ، وبعد مرور (٤) أسابيع من اتباع هذه الطريقة حدثت عدة تطورات فى سلوك الطفلة من قبيل قدرتها على إقامة علاقات اجتماعية مع طفلين ، كما أصبحت قليلة التوتر ، وتعانى بدرجة أقل من عدم الإستقرار وبعد مرور (١٨) شهراً من حضورها للجلسات بدأت تخطو نحو مرحلة جديدة من خلاله على احتياجها للحب والعواطف والخوف من العزلة ممادفع المعالجة إلى استخدام جلسات العلاج الفردى مع الطفلة والتى أدت بدورها لنتائج مرضية حيث بدأ قلقها يزول وذلك يدل على أن العلاج قد بدأ يتجه نحو النجاح الذى يتضح عبر تلك الجهود الكبيرة التى بذلتها الطفلة للتجاوب مع مخاوفها والتعايش معها والتى تبين رغبة الطفلة فى وجود أم تدافع عنها وتحميها

وذلك من خلال تناوب الأدوار مع المعالجة النفسية خلال الجلسات العلاجية ومع استمرار الجلسات العلاجية لم يحدث للطفلة أى نكوص عاطفى ، فبدت قادرة على التخلص من السلوك الطفلى وبدأت تستعيد طاقتها وتغير سلوكها فأصبحت ذو سلوك هادئ فى أثناء تقديمها للغرباء أو حين تواجه مواقف جديدة وعند تلك المرحلة تم تقرير إنهاء الفترة العلاجية وبتتبع حالة هيلين حتى بلغت من العمر (١٣) عاما لم تصبح فقط خالية من الأعراض المرضية السابقة فحسب بل حققت تطوراً اجتماعى كبيراً من حيث طاقتها لعمل علاقات اجتماعية متبادلة .

خلاصة وتعقيب :

باستعراض الدراسات التى تناولت علاج الاكتئاب لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية نجد أنها قد أضافت بعداً جديداً فى تناولها للأبناء المحرومين من الوالدين ألا وهو إمكانية العلاج النفسى لهؤلاء الأبناء مما يشير إلى إحتمال إنقاذ هؤلاء الأبناء من هوية الضياع النفسى والتقليل من صدمة الحرمان وآثاره السيئة « إذ يعانى هؤلاء الأبناء من الشعور بالتعاسة ، والنبذ ، والضياع (***عزة صالح الألفى ، ١٩٨٦***) . بجانب معاناتهم من إدمان الكحوليات ، والانعزالية ، والكراهية ، والمازوخية، ونرجسية مرضية حادة ، وخوف من المستقبل (***مايسينارد ، Missenard , F., 1985***) كما ينتابهم شعور بالحزن والاكتئاب ، وكراهية الأطفال الآخرين (***بيرس ، Perse , P., 1980***) بجانب اضطرابات فى النوم ، ونوبات من الصراخ المستمر ، وجذب الشعر بشدة (***ليفرى ، وستون ، Lovery , L.& ston , F., 1965***)

وقد توصلت نتائج هذه الدراسات إلى أهمية استخدام تكنيك العلاج الجماعى فى تعديل بعض الحاجات والضغوط والمتمثلة فى الشعور بالتعاسة، والعدوان ، والنبذ حيث أدت المنافسة الجماعية إلى إشعار كل طفل بأنه ليس وحده البائس المنبوذ ، وأن هذه الحالة تزول باندماج الطفل مع زملائه (***عزة صالح الألفى ، ١٩٨٦***) .

كما أشار (***مايسينارد ، Missenard , F., 1985***) إلى إمكانية إستخدام تكنيك السيكودراما كعلاج للأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية شريطة أن يكون ذلك فى مرحلة المراهقة (***مايسينارد Missenard, F., 1985***) .

كما أوضحت نتائج هذه الدراسات إلى إمكانية التغلب على تأثير هذه الصدمة النفسية فى حياة الطفل عبر إستخدام تكنيك جلسات التحليل النفسي لآثار الحرمان الوالدى ولكن بعد فترة زمنية غير قصيرة من العلاج تمتد بما يقرب من (٤) سنوات (بيرس، *Perse , p., 1980*) والذى يؤدى بدوره لنتائج إيجابية من قبيل قدرة الطفل على التجاوب مع مخاوفه ، والتعايش معها ، وعدم حدوث أى نكوص عاطفى لديه .

(لوفرى ، وستون، *Lovery , L. & stone , F. 1965*).

ومع التسليم بأهمية الدراسات التى تناولت العلاج لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية ، وعلى الرغم من ندرتها، إلا أنه لم يكن هناك تطوراً ملحوظاً من حيث المرحلة العمرية . فقد ركزت هذه الدراسات على مرحلة الطفولة بعامة **(عزة صالح الألفى ، ١٩٨٦)** ، **(بيرس، *Perse , P., 1980*)**، **(لوفرى، وستون، *Lovery ,L.& stone ,F.1965*)** بينما كانت هناك دراسة واحدة – فى حدود علم الباحث – تناولت مرحلة المراهقة **(مايسينارد، *Missenard , F., 1985*)** وإن إستخدمت تكنيك السيكودراما كأسلوب علاجى وهو ما يختلف عن تكنيك جماعات العلاج المستخدم فى هذه الدراسة ألا وهو تكنيك جماعات الحوار Encounter Groups كأحد أساليب العلاج الجماعى

أما من حيث حجم العينة . فيعاب على بعض هذه الدراسات صغر حجم العينة حيث لم تتجاوز سوى طفل واحد **(بيرس، *perse , p ., 1980*)**، **(لوفرى ، وستون ، *Lovery, L.& stone, F. 1965*)** هذا بالإضافة إلى إقتصار بعض الدراسات على عينة الذكور دون الإناث **(مايسينارد، *Missenard,F.1985*)**،**(بيرس *Perse,p. 1980*)** ، **(عزة صالح الألفى ، ١٩٨٦)** بينما إعتمدت بعض الدراسات على عينة الإناث دون الذكور **(لوفرى ، وستون ، *Lovery , L .& stone , F. 1965*)** وهو ما وضعته الدراسة الحالية موضع الاعتبار من حيث الجمع بين عينتى من الذكور والإناث معاً .

ومن حيث النتائج نلاحظ وجود ثمة تعارض بين النتائج التى توصلت إليها بعض الدراسات التى تناولت العلاج لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية فعلى حين أكدت دراسة **(بيرس, *Perse , p. 1980*)** **(لوفرى ، وستون، *Lovery L. & stone . F, 1965*)** على إمكانية معالجة الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية فى مرحلة الطفولة نجد دراسة **(مايسنارد *Missenard , F., 1985*)** تشير فى الوقت نفسه بأن إمكانية العلاج للأبناء المحرومين

من الرعاية الأسرية يجب ألا تتم إلا فى مرحلة المراهقة وذلك لصعوبة العلاج قبل ذلك ولعل هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة (*عزة صالح الألفى ،* **١٩٨٦**) إلى أن إستخدام العلاج الجماعى لم يجدِ فى علاج بعض الحاجات والضغوط النفسية لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية فى مرحلة الطفولة المتأخرة وإن كانت الباحثة قد أرجعته إلى أن الجلسات العلاجية لم تكن بالقدر الكافى حتى يحقق نتائج ظاهرة فيما يتصل بتلك الحاجات والضغوط مما يجعل هذه النتائج بعامة تحتاج إلى من يؤكدها من خلال نتائج لدراسات أخرى تجرى فى نفس المجال ، وهو ما أولته الدراسة الحالية محل الاعتبار من حيث الكشف عن مدى فاعلية تكنيك جماعات الحوار Encounter Groups كأحد أساليب العلاج الجماعى لعلاج الاكتئاب لدى المراهقين المحرومين من الرعاية الأسرية هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى معالجة بعض نواحى القصور التى وجدت فى الدراسات السابقة. كل هذا كان دافعا للقيام بهذه الدراسة .

رابعا : دراسات تناولت علاج النزعات الغرزية الجزئية :

١ - دراسة مالتيزكى ، (Maletzky , B., 1994)

قام الباحث عام ١٩٩٤ بدراسة حالة لرجل يبلغ من العمر (٢٩) عاما كان يعانى من الاستعراضية، وقد أخضع المريض فى بدءالأمر لجلسات التحليل النفسى التى أوضحت أن المريض كان خجولاً ، وانطوائيا ، بقدر ما تنقصه الثقة الاجتماعية إذ أنه كان يعتقد أنه مختلف عن الآخرين منذ أن كان مراهقاً ، أما عن علاقته بوالديه فقد اتسمت بالصرامة ، وقلة العاطفة تجاه المريض ، ولم يلقى المريض أى تشجيع أو مدح من والديه ، وعلى الرغم من ذلك فقد وصل فى دراسته إلى المرحلة الجامعية إلا أنه لم يستمر فيها سوى (٦) أشهر بعدها عمل مع والده فى محل للحدادة ، ولكن سرعان ماترك والده واتجه إلى أعمال الميكانيكا .

وفيما يتصل بالخبرات الجنسية التى مر بها المريض فى طفولته فقد مر بخبرتين كان لهما أثراً كبيراً على ظهور السلوك الاستعراضى لديه ، أولهما عندما كان يبلغ من العمر (٦) سنوات عندما رأى والديه أثناء عملية الجماع ، أما الخبرة الثانية فكانت فى سن العاشرة عندما قام مع فتاة تكبره بعام بكشف أعضائهما التناسلية أمام بعضهما البعض ، ومع دخوله لمرحلة المراهقة تطور الأمر إلى ممارسة العادة السرية مستخدماً صور تلك الحدثين لتنشيط خيالاته ، بقدر ما بدأ يحملق فى الفتيات الجذابات ، ويتخيل الحركات الجنسية التى يمكن أن يمارسها معهن، وفى بادئ الأمر كان لدى المريض الرغبة فى إشباع نفسه بينما ينظر للسيدات إلى أن ارتبطت عملية الإشباع لديه برؤية تلك السيدات لأعضائه التناسلية وإصابتهم بحالة من الذهول والدهشة . وبجانب ذلك فقد أنكر المريض وجود أى اهتمام جنسى لديه يتصل بالأطفال أو باللواط أو السادومازوخية أو العبودية أو الإزلال أو الأنشطة المتصلة بالنظارية أو الفيتشية...

وفيما يتصل بالنواحى الجسمية فقد كان المريض قليل الاهتمام بمظهره الخارجى ، فضلا عن كون هيئته ضعيفة ، كما أظهر بطئاً لفظياً مع وجود حالة اكتئابية .

وبعد إنتهاء جلسات التحليل النفسى قام المعالج باستخدام جلسات العلاج الجماعى التى تضم كل من المريض ، وضحاياه على السواء كطريقة ضرورية تساعد على إزالة ميكانيزم الانكار ، وقد استمرت الجلسات لمدة (٣,٥ شهراً) بواقع جلستين من كل أسبوع ، بمعدل

ساعة لكل جلسة ، بقدر ما استخدم المعالج تكنيك العلاج المعرفى والسلوكى مستخدما أسلوب السلوك المنفر المرئى الذى يتضمن عرضا لشرائط فيديو لضحايا حقيقيين وصفوا معاناتهم نتيجة تعرضهم للكشف الفاضح ، وبجانب ذلك طلب المعالج من المريض القيام بإلقاء بعض المحاضرات فى برنامج يتصل بالإهانات الجنسية لطلاب مدرسة ثانوية ، قام المريض من خلالها بتقديم نفسه على أنه استعراضى فلقى استجابة إيجابية لشجاعته لأنه لم يخف ذلك ، وقد أدى ذلك بدوره لتعليم المريض لبعض المهارات الاجتماعية التى نمت تأكيد الذات لديه وهنا قام المعالج بإلحاق المريض بعلاج جماعى آخر استمر لمدة (٨) جلسات وذلك بهدف زيادة ثقته بنفسه وبخاصة فى المواقف الجماعية .

وقد أوضحت النتائج حدوث تحسنات إيجابية لدى المريض بعد انتهاء العلاج المعرفى والسلوكى ليس ذلك فحسب ، بل ظلت هذه التحسنات طوال مدة المتابعة للمريض التى استمرت لمدة (١٠) سنوات على فترات زمنية متفرقة (١ ، ٣ ، ٥ ، ١٠) سنوات فلم يظهر المريض أى سلوكيات تتصل بالكشف الفاضح .

٢ - دراسة بيرسون وآخرون ، (Pearson , H., et al , 1992)

قام بيرسون وآخرون عام ١٩٩٢ بدراسة حول علاج مرضى الاستعراضية القهرية بالبسبيرون بجانب إستخدام العلاج النفسى كأداة تأكيدية للعلاج بالبسبيرون ، وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الرجال ممن تصل أعمارهم الزمنية إلى (٣٧) عاماً . وقد قام الباحثون بتسجيل أعراض الاستعراضية القهرية، والمحادثات التليفونية الشاذة يوميا لدى هؤلاء المرضى ، كما قاموا بتطبيق مقياس السلوك القهرى ليل . بران yale - Brwn على عينة الدراسة كل أسبوع .

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن السلوك الاستعراضى قد قل مع العلاج باليسبيرون إلا أن نتائج الدراسة أشارت فى الوقت نفسه أن الاستفادة من العلاج بالبسبيرون فى علاج الاستعراضية القهرية لدى هؤلاء المرضى كانت تتطلب (٣٠) شهراً على الأقل .

٣ - دراسة سنايكر، (Snyker, E ., 1992)

قام الباحث بدراسة حالة لرجل يبلغ من العمر (٣٥) عاماً كان يعانى من الاستعراضية ، وقد تم علاجه بناءً على الإطار المرجعى الذى أعده دافينلوس ١٩٧٨ والذى يعتمد على تكثيف تكنيك العلاج النفسى الدينامى قصير المدى ، الذى يظهر لدى المريض عناصر التحدى والإصرار فى دفاعاته ضد الدفاعات والمشاعر الخاصة بالقلق .

وقد أشارت النتائج أنه مع إستمرار العلاج أظهر المريض تحسنا ملحوظا فى التخلص من الزملات المرضية الاستعراضية .

٤ - دراسة ڤان وآخرون ،(Van S., et al , 1992)

قام ڤان وأخرون عام ١٩٩٢ بدراسة حالة لمراهق يبلغ من العمر (١٦) عاما . كان لديه تاريخ مرضى بالاستعراضية . وقد قام المعالجين بإستخدام تكنيك العلاج النفسى الذى استمر لمدة (٤) شهور بعدها بدأوا فى إعطاء المريض جرعة الليثيوم ، وبعد (٤) أيام من تناول الليثيوم بدأ المريض يعانى بدرجة أقل من إحساسه المتسلط بالاستعراضية كما بدأ يشعر برغبة ضعيفة فى القيام بتخيلاته القهرية .

٥ - دراسة ماير وآخرون ،(Meyer , w. , et al , 1992)

قام ماير وآخرون ١٩٩٢ بعلاج مجموعة من المرضى المصابين بالإنحرافات الجنسية وذلك على عينة قوامها (٤٠) رجلا ممن تتراوح أعمارهم الزمنية مابين (١٦ - ٧٨) سنة وهم مقسمون إلى (٢٣) رجلا لديهم إشتهاء للأطفال ، (٧) رجال منهم كان مغتصبين ، و(١٠) رجال مصابين بالاستعراضية القهرية ، وقد استخدم المعالجون عدة طرق علاجية تمثلت فى تناول المرضى لإستيان الميدروكس بروجسترون (MPA) بجرعة تكونت من (٤٠٠) ملى فى الأسبوع لفترة زمنية إمتدت من (٦ شهور : ١٢ عاما) .

قد أشارت النتائج إلى التأثيرات الجانبية للعلاج بـ (MPA) التى تمثلت فى اضطراب المزاج ، وزيادة الوزن ، والصراع ، وتنميل شديد فى القدم ، وزيادة فى ضغط الدم بجانب حدوث الآلام بالأمعاء ، وهذا بدوره أدى إلى بقاء (١٠) فقط من المرض الذين تناولوا (MPA) تحت العلاج ، وبجانب ذلك فقد أوضحت نتائج الدراسة أن ١٨ ٪ من إجمالى عينة الدراسة تم إدانتهم مرة أخرى أثناء العلاج ، ٣٥ ٪ تم إدانتهم أيضا بعد التوقف عن العلاج بـ (MPA).

٦ - دراسة بيانكى، (Bianchi , M ., 1990)

قام الباحث عام ١٩٩٠ بدراسة حالة لرجل يبلغ من العمر (٣٢) عاما يعانى من الاستعراضية مما أدى إلى إيداعه بأحد المستشفيات للعلاج ، وذلك بعد محاولاته المتكررة للإنتحار ، والذى يرجع كنتيجة أولية لبعض الأفكار والسلوكيات المضطربة الذى لايستطيع التحكم فيها ، وبخاصة أمام أبنائه ، وقد إستخدم الباحث العلاج بالفلوكستين كأحد الأساليب العلاجية المستخدمة فى علاج الاستعراضية وقد توصلت نتائج الدراسة إلى تحسن حالة المريض عبر علاجه بالفلوكستين الذى أدى إلى تحسن ملحوظ لدى لمريض ، مما يشير إلى فعالية علاج الاستعراضية عن طريق الفلوكستين .

٧ - دراسة ستويلن ، (Stoylen , I ., 1985)

قام الباحث عام ١٩٨٥ بدراسة حالة لرجل يبلغ من العمر (٢٢) عاما كان يعانى من النظارية. وقد قام الباحث باستخدام تكنيك العلاج المعرفى إلى جانب تكنيك العلاج السلوكى مستخدماً فى ذلك أساليب مضادة للإثارة الجنسية ، ومن خلال إستخدام الباحث لتلك الأساليب لعدد (٦) جلسات أظهر المريض نتائج إيجابية دلت على علاج النظارية عبر العلاج السلوكى المعرفى.

٨ - دراسة سنايث ، وكولينز ، (Snaith , R . & Collins , S ., 1981)

قام الباحثان عام ١٩٨١ بدراسة حول استخدام تكنيك العلاج السلوكى، والمعرفى فى علاج الاستعراضية ، وذلك على عينة قوامها (٥) استعراضين ، وقد استخدم الباحثان أسلوب دراسة الحالة ، وذلك لوجود فروق متنوعة بين المرضى الاستعراضيين ، وهو ما أدى بدوره لعدم وجود علاج ثابت نظرا لاختلاف الظروف الخاصة بكل حالة من الحالات الخمسة مما أوجب أن تتم المعالجة بصورة فردية مع كتابة تقارير تتصل بالجوانب البيئية والأسرية لجميع الحالات المستخدمة فى الدراسة .

وقد أسفرت النتائج إلى أن (٣) حالات فقط من إجمالى عينة الدراسة قد استجابوا للعلاج عبر استخدام تكنيك العلاج السلوكى والمعرفى .

٩ - دراسة واردلو ، وميللر، (Wardlaw , G, & Miller , . P.,1978)

قام الباحثان عام ١٩٧٨ بدراسة حول إستخدام تكنيك العلاج السلوكى فى علاج الاستعراضية ، وذلك على عينة قوامها (٣) استعراضيين من الذكور ممن تبلغ أعمارهم الزمنية على التوالى (٢٨ ، ٣٠ ، ٣٤) سنة .

وقد استخدم الباحثان أسلوب دراسة الحالة ، وقد تضمنت الجلسات العلاجية وضع المرضى فى عمليات منتظمة تحت ظروف وشروط يمكن التحكم فيها مع التأكد من خضوع المرضى للتجربة قبل أن يحاولوا عملية الاستعراض بجانب وجود مشاعر العار ، والشعور بالذنب والخجل التى تنتابهم بعد كل عملية استعراضية يقومون بها .

وقد أوضحت نتائج الدراسة من خلال متابعتها لمريضين لمدة (٤) سنوات ومتابعة المريض الثالث لمدة (٣) سنوات إلى أن الحالات الثلاثة لم تعد على الإطلاق لحالة الاستعراض منذ نهاية العلاج .

١٠ - دراسة ويكرامسكيرا، (Wickramasekera , L . , 1978)

قام الباحث عام ١٩٧٨ بدراسة حول علاج الاستعراضية القهرية الجنسية باستخدام السلوك المنفر المرئى والإبدالى وذلك على عينة قوامها (٢٠) مريضا ممن لديهم تاريخ مرضى طويل من الإستعراضية لفترة زمنية تراوحت مابين (٤ - ٢٥) عاماً بمعدل (١ - ٢٠) مرة شهريا . وقد قسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين رئيسيتين . تكونت المجموعة الأولى من (١٦) مريضا تم علاجهم باستخدام أسلوب السلوك المنفر المرئى بينما تكونت المجموعة الثانية من (٤) مرضى تم علاجهم باستخدام أسلوب السلوك المنفر الإبدالى وقد تراوحت الجلسات العلاجية مابين (١ -٤) جلسات أسبوعيا لفترة زمنية امتدت من (٣ شهور : ٧ سنوات) .

وقد أوضحت النتائج أن المرضى الذين تم علاجهم بإجراء السلوك المنفر المرئى أوالإبدالى لم يعودوا مرة أخرى لارتكاب الأفعال الفاضحة ، ولم يحدث لهم أى انتكاسات من خلال المتابعات التى تلت العلاج ولفترة زمنية إمتدت إلى (٧) سنوات بعد ذلك .

١١ - دراسة هيرمان ، ونلسون ، (Herman , D. & Nelson , M., 1973)

قام الباحثان عام ١٩٧٣ بدراسة حالة لرجل يبلغ من العمر (٢٣) عاما يعانى من المازوخية لاعتبارات نفسية واجتماعية أدت بدورها إلى إحداث نوع من فقدان الأمل ، والإحساس بالتدنى من جانب المحيطين به مما أدى للجوئه للتحليل النفسى للتغلب على هذه الصعوبات وقد استخدم الباحثان فى هذه الدراسة أسلوب دراسة الحالة ، ووضعافى إعتبارهم العديد من الأسئلة النظرية التى تساعدهما فى مجال بحثهما بجانب استخدامهما لبعض المقاييس التى تعتمد على جمع البيانات ، والمعلومات المتصلة بالجوانب الشخصية ، والمؤثرات الاجتماعية ذات الصلة بالمازوخية .

وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى أن الإحساس بالضغط المازوخى لدى المريض كان يحل محل عدد كبير من الأعراض الهستيرية بجانب الاضطرابات النفسية الأخرى ومن هنا فإن علاج المازوخية النفس اجتماعية تعتمد على تشجيع مشاعر الإعلاء بصورة جد كبيرة لدى الفرد ، وذلك لمواجهة الضغط المازوخى ، والتخفف من حدة الاضطرابات والإنحرافات السلوكية ، والوصول به لمستوى من الصحة النفسية فى ضوء بعض المعايير ، والمحددات ، والقيم الاجتماعية ، والشخصية السائدة فى المجتمع .

خلاصة وتعقيب :

باستعراض الدراسات التى تناولت علاج النزعات الغرزية الجزئية بأبعادها الأربعة (النظارية – لاستعراضية – السادية – المازوخية) فقد اتضح عدم وجود دراسات عربية أو أجنبية – فى حدود علم الباحث– . تناولت علاج النزعات الغرزية الجزئية لدى المراهقين المحرومين من الرعاية الأسرية وهو ما وضعته الدراسة الحالية إهتماما نظنه جديراً بالبحث من حيث تناولها لعلاج النزعات الغرزية الجزئية لدى المراهقين المحرومين من الرعاية الأسرية .

وبنظرة فاحصة للأساليب العلاجية المستخدمة فى علاج النزعات الغرزية الجزئية نجد أنها قد ركزت على استخدام تكنيك العلاج السلوكى المعرفى من قبيل (*ستلوين Stoylen ,I., 1985*)، (*سنايث ، وكولينز، Snaith , R. & Collins , S.1981*) (*واردلو ، وميللر، Wardlaw, G.& Miller,P.1978*) فى حين إستخدمت بعض الدراسات الأخرى العلاج النفسى من قبيل (*سنايكر، Snyker,E.1992*) (*هيرمان، ونلسون، Herman, D &Nelson, M.1973*) بجانب العلاج بالعقاقير من قبيل

(بيرسون واخرون ، *Pearson,H.,et al ,1992*) ، (بيانكى، *Bianchi,M.,1990*)
كما جمعت بعض الدراسات بين أسلوبين من أساليب العلاج من قبيل (**فان واخرون**، *Van , S., et al.1992*) ، (**ماير واخرون**، *Meyer,W.,et al.,1992*) ،
(**ويكرامسكيرا**، *WickramaseKera ,I.,1992*) .

وعلى الرغم من ذلك فقد اقتصرت تلك الدراسات على علاج بعد واحد فقط من الأبعاد الأربع المكونة للنزعات الغرزية الجزئية وهو ماوضعته الدراسة الحالية محل الاعتبار من حيث تناولها لعلاج النزعات الغرزية الجزئية (النظارية – الاستعراضية – السادية – المازوخية)لدى المراهقين المحرومين من الرعاية الأسرية عبر استخدام تكنيك جماعات الحوار Encounter Groups كأحد أساليب العلاج الجماعى .

أما من حيث المرحلة العمرية فقد ركزت هذه الدراسات على مرحلة الرشد من قبيل (بيرسون واخرون، *Pearson , H., et al,1992*) ، (سنايكر، *Snyker, E.,1992*)
(بيلنكى ، *Bianchi,M.,1990*) ، (ستلوين، *Stoylen, I.1985*) ، (واردلو ، وميلر ، *Wardlaw , G . & Miller ,P.,1978*) ، (هيرمان ، ونلسون *Herman,D.&Nelson,M.1973*) فى حين كانت هناك دراسات جد قليلة قد تناولت مرحلة المراهقه (**فان واخرون** ، *Van , S.,et al.,1992*) مما يمثل قصوراً فى تناول مرحلة هامة ألا وهى مرحلة المراهقة ، وهو ما أولته الدراسة الحالية موضوع الاعتبار من حيث تناولها لعينة من المراهقين المحرومين من الرعاية الأسرية ممن تتراوح أعمارهم الزمنية مابين (١٣ –١٦) سنة .

أما بالنسبة لحجم العينة فيعاب على بعض الدراسات صغر حجم العينة المستخدم فى الدراسة حيث لم تتجاوز عينة بعض الدراسات على أكثر من حالة واحدة فقط (**فان واخرون** *Van,S.,et al.199*)،(سنايكر،*Snyker,E.,1992*)(بيانكى، *Biancki,B.,1990*) ، (ستلوين، *Stoylen ,I.,1985*) ، (هيرمان ونلسون ، *Herman,D.,&Nelson, M.,1973*) فكلما كان حجم العينة قليلاً ، أو اقتصر على قطاع محدد من المجتمع ، كان هناك شكوك فى تعميم النتائج (**فان دالين** ، ١٩٩٤، ١١٥) هذا بالاضافة إلى اقتصار جميع الدراسات على عينة الذكور دون الإناث عدا دراسة (**واردلو ، وميلر**، *Wardlaw, G.,& Miller,p.,1978*) وهو ما وضعته الدراسة الحالية محل الاعتبار – من خلال تناولها لعينتين من الذكور والإناث معا.

أما من حيث النتائج فقد اختلفت نتائج بعض الدراسات ، فعلى حين أكدت دراسة (*بيرسون وآخرون ، Pearson , H.,et al,1992*) ، (*فان وآخرون ، Van,s.,et al,1992*) ، (*بيانكي ، Bianhi, M., 1990*) على إمكانية علاج الاستعراضية باستخدام العقاقير الطبية من قبيل جرعات البسبيرون وكربونات الليثيوم ، والفلوكيستين نجد دراسة (*ماير وآخرون ، Mayer ,W.,et al.,1992*) تشير إلي أن استخدام العقاقير الطبية وبخاصة عقار الإستيان الميدروكس بروجيستيرون (M.P.I) قد أدى لبعض التأثيرات الجانبية من قبيل إضطراب الإخراج ، وزيادة الوزن ، والصراع وتنميل شديد فى القدم ، وزيادة فى ضغط الدم بجانب حدوث آلام بالأمعاء ليس ذلك فحسب بل وجد أن المرضى الذين تم علاجهم عبر العقاقير الطبية وبخاصة عقار . (M.P.A) قد تم إدانتهم مرة أخرى بعد التوقف عن العلاج به ممادعى الباحث لمحاولة الوقوف على نقاط محددة لتلك المتناقضات وتلافى نقاط الضعف فيما يتصل بحجم العينة ، والمرحلة العمرية ، وتكنيك العلاج المستخدم ، كل ذلك كان باعثا للقيام بالدراسة الحالية – آخذين فى الاعتبار كافة السلبيات سالفة الذكر .

الفصل الرابع
إجراءات الدراسة

* فروض الدراسة .
* منهج الدراسة .
* خطوات إجراء الدراسة .
* عينة الدراسة .
* الأدوات .
* الأسلوب الإحصائى المستخدم .

فروض الدراسة :-

بعد الإطلاع على الإطار النظرى والدراسات السابقة يفترض الباحث الفروض التالية لدراسته : -

أولاً :- فروض الدراسة التجريبية :

١ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الاكتئاب فى اتجاه ارتفاع الاكتئاب لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

٢ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية فى اتجاه ارتفاع النزعات الغرزية الجزئية لدى المراهقين و المراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

وينقسم الفرض الثانى إلى أربعة فروض فرعية تتمثل فى الآتى :-

(أ) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد النظارية فى اتجاه ارتفاع النظارية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

(ب) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد الاستعراضية فى اتجاه ارتفاع الاستعراضية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية ..

(جـ) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد السادية فى اتجاه ارتفاع السادية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

(د) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد المازوخية فى اتجاه ارتفاع المازوخية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

.ثانياً :- فروض الدراسة الإكلينيكية :

يظن الباحث أن جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي وسيلة فعالة لعلاج الاكتئاب، والنزعات الغرزية الجزئية لدى عينة الدراسة ، ولما كان الأمر كذلك ، فنحسب أن :

٣ – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية في الاكتئاب قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي في اتجاه انخفاض الاكتئاب .

٤ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي في اتجاه انخفاض النزعات الغرزية الجزئية .

وينقسم الفرض الرابع إلى أربعة فروض فرعية تتمثل في الآتي :

(أ) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد النظارية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي في اتجاه انخفاض النظارية .

(ب) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد الاستعراضية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي في اتجاه انخفاض الاستعراضية.

(جـ) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد السادية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي في اتجاه انخفاض السادية .

(د) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد المازوخية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي في اتجاه انخفاض المازوخية .

منهج الدراسة :-

لقد حاول علماء النفس الوصول لعلم نفس عام بقوانين عامة ، كعلم الطبيعة العام كما يتضح عند مدرسة فونت ، ولكن فشلت المحاولة لعدم تجانس البشر فاختلافهم أكثر من تشابههم ، وقد إنتهى الأمر بمنهجين :-

الأول : تجريبى : يستهدف الفروق الفردية ، أى تحديد مكان المفحوص من الآخرين .

الثانى : إكلينيكى : يستهدف فهم المفحوص . (*صلاح مخيمر (أ) ، ١٩٨١ ، ٢٠*)

حيث أن المنهج التجريبى ، والمنهج الإكلينيكى ، يؤلفان حالتين متتابعتين فى التطور المنهجى لعلم النفس فمن الناحية التطبيقية ، يتيح الاتجاه الإكلينيكى ، بصورة مفيدة تناول مشكلات يقف أمامها المنهج التجريبى عاجزاً ، كما أن البعد الدينامى الذى يستخدمه المنهج الإكلينيكى قد أدى فى بعض الحالات إلى أعمال تجريبية (*موريس دوكلن ، ١٩٨٣ ، ١٣*) ، وبجانب ذلك يتيح المنهج التجريبى تحديد ما إذ كان المتغير المستقل يؤثر فى المتغير التابع عن طريق المقارنة بين أداء المفحوصين فى معالجتين أو أكثر (*فؤاد أبو حطب ، آمال صادق ، ١٩٩١ ، ٣٣*)

ومن هذا المنطلق ، نحن فى حاجة إلى منهج إكلينيكى بجانب المنهج التجريبى حيث المقابلة الإكلينيكية ، والمقاييس السيكومترية ، والاختبارات شبه الإسقاطية « خاصة وأن مصممى هذه الاختبارات أصبحوا علي وعى تام بمشكلات الثبات والصدق والتقنيين الخاص بها. *(Alpert, R. & Mary, H., 1960, P. 120)* كى يمكننا دراسة تاريخ حياة الفرد بكل مشتملاتها ومتغيراتها بقدر ما يتيح لنا الفرصة لفهم أساليب التفاعل التى يمارسها الفرد فى كل مجالات التفاعل مع الواقع الذى يحيا فيه ، بغرض الوصول إلى فهم حركة الفرد مع نفسه ومع الواقع ومع أعراضه المرضيه . (*حسين عبد القادر محمد وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٧٧٢*) .

وهو ما دفع الباحث للجمع بين المنهجين التجريبى والإكلينيكى فيما يسميه (*دانييل لاجاش، ١٩٨٦*) بالنزعة الإكلينيكية المسلحة » حيث يقول فى هذا الصدد « إنه ليستوى أن نقول إن كل ممارس سيكولوجى ينبغى أن يكون إكلينيا ، أو أن يكون باحثاوليس مجردإنسان ميكانيكى »(*دانييل لا جاش ، ١٩٨٦ ، ٣١*) .

من هنا يحرص الباحث على إستخدام منهج الإكلينيكية المسلحة ، متبعا قواعد المنهج فى تناوله العلمى للوقائع ، هذه القواعد التى استقاها « ليفين » من تطبيقات « جاليليو » للمنهج العلمي الحق ، حيث إن هناك طريقتين للتقليد هما :

طريقة التقليد السطحى الفقير ، التى هى نقل حرفى بالضبط ، شبيهة بالقوانين والعلاقات الرقمية فى الفيزياء ، وهناك طريقة التقليد الخصب العميق والتى فيها ضرورة لإعادة بناء الوقائع للوصول إلى التفكير العلمى الحق ، وبناء على ذلك يفرق « جاليليو » بين طريقتين فى الاستقراء ، فمن ناحية نستطيع أن نصل إلى قضية عامة ، إبتداء من الوقائع عن طريق التجريد ، وهذا المنهج الأرسطوطاليسى ، ومن ناحية أخرى نستطيع أن نبحث ضمن حالة – أى داخل الحالة – عن تقابل الوقائع ، وهذا هو المنهج الجاليلى لذا يرى « ليفين » أن معيار علم النفس ينحصر حقا فى تخليه عن المفارقة ما بين « عمومية الماهية المعقولة » و « خصوصية الواقعة » وأن نفكر بلغة السياقات contexts تشكيلات النوع الواحد « لا » بلغة الفئات classes . *(حسام الدين غريب ، ١٩٨١ ، ٣٩)* ومن ثم كانت ضرورة الالتجاء إلى الطريقة الاكلينيكية . و ذلك بغرض الوصول إلى التشخيص الدينامى لدفاعات ومسببات الحالة وذلك بالأساليب القياسية المقننة التى يتبنى تصميمها المنهج التجريبى وذلك بهدف الوصول إلى فهم كامل لتاريخ الفرد وملاحظة سلوكه بغرض تعرف المعالج على دلالات تؤدى به إلى قاعدة للتحرك والعمل مع الفرد فهماً وتنبؤاً وعلاجاً لكى يعيد الفرد بفضل أسلوب العلاج الملائم المقترح إلى التوافق من جديد مع الواقع فى إطار متقبل منه ومقبول من هذا الواقع . *(حسين عبد القادر محمد وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٧٧٢)* .

وليس من شك أن هذه الطريقة من أدق الطرق فى دراسة الفرد ، ولا يطبقها إلا فئه من الأخصائيين دُربُوا تدريباً خاصاً على إجراء الاختبارات السيكولوجية التشخيصية وعلى تأويل نتائجها فى ضوء دراسة تاريخ الحالة وفى ضوء علمهم بالفروق الفردية بين الأفراد عموماً وبالانحرافات النفسية المختلفة . *(عبد المنعم المليجى ، ١٩٥٧ ، ٥٨)* .

إجراءات الدراسة :-

أولاً : إجراءات الدراسة التجريبية :-

١ - قام الباحث بالتوجه إلى مديرية الشئون الاجتماعية التابعة لمحافظة الدقهلية بهدف التعرف على المؤسسات الإيوائية التابعة لها ، وأخذ خطابات للموافقة على زيارة هذه المؤسسات .

٢ - بعد ذلك قام الباحث بزيارة هذه المؤسسات لحصر عدد أفرادها ومعرفة خصائصهم ولشدة صعوبة الوصول إلى ذلك قام الباحث بالخطوات التالية :

(أ) تم التعرف على المدير والذى بدوره حوّل الباحث إلى الأخصائيين الاجتماعيين والمشرفين الذين أمدوا الباحث بالمعلومات التالية ، والموضحة بالجدول (١) .

جدول (١)

يوضح توزيع الأبناء بمؤسسة تربية البنين والبنات الإسلامية

من حيث العدد والحالة الأسرية

البيان / الجنس	الحالة عند إستلام الطفل					
	مجهول النسب	مفقود	أسر متصدعه	يتيم الأبوين	أسر بديلة	المجموع
العدد (ذكور)	١٢٣	٧	٣	٤	١	١٣٨
النسبة المئوية ٪	٨٩,١ ٪	٥,١ ٪	٢,٢ ٪	٢,٩ ٪	٠,٧ ٪	١٠٠ ٪
العدد (إناث)	٥٤	٣	١	٥	١	٦٤
النسبة المئوية ٪	٨٤,٣ ٪	٤,٧ ٪	١,٦ ٪	٧,٨ ٪	١,٦ ٪	١٠٠ ٪

(ب) وبعد حصر عدد الأبناء بالمؤسسات الإيوائية ومعرفة خصائصهم سواء أكان ذلك فى مؤسسة (تربية البنين أم البنات الإسلامية) أخذ الباحث فى التعرف عليهم ، وذلك من خلال الزيارات المتلاحقة بهدف التعرف على العادات السائدة داخل هذه المؤسسات ونوعية الأنشطة التى يمارسها هؤلاء الأبناء ، وكيفية الذهاب للمدرسة والاجتماعات التى تقام

داخل هذه المؤسسات والعلاقات القائمة بين الأبناء من ناحية ، وبين الأبناء والأخصائيين والمشرفين والمديرين من ناحية أخرى .

(جـ) وتلى ذلك قيام الباحث بتطبيق مقياس الاكتئاب بجانب مقياس الدفعات الغرزية الجزئية على المراهقين والمراهقات المقيمين بمؤسسة تربية البنين والبنات الإسلامية بمدينة المنصورة وذلك بصورة فردية حتى يمكن متابعة التطبيق بدقة هذا وقد بلغ إجمالى أفراد العينة التجريبية (٦٠) مراهقا ومراهقة نصفهم من البنين ، والنصف الآخر من البنات .

(د) كما تم اختيار عينة ضابطة قوامها (٦٠) من المراهقين والمراهقات الذين يعيشون مع أسرهم الطبيعية وذلك على أساس المجانسة مع المجموعة التجريبية (مراهقى ومراهقات المؤسسات الإيوائية) من حيث السن ، والجنس ، وذلك لمعرفة الفروق القائمة بين المجموعتين التجريبية والضابطة سواء أكان ذلك فى الاكتئاب أم فى النزعات الغرزية الجزئية .

وبعد تصحيح المقياس الخاص بالاكتئاب (د) بجانب تصحيح مقياس الدفعات الغرزية الجزئية وذلك تبعا لمعاييرها الموضوعة (***غريب عبد الفتاح ، ١٩٩٥***) (***حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٧***) قام الباحث بحساب دلالة الفروق القائمة بين المجموعتين التجريبية ، والضابطة على مقياس الإكتئاب بجانب مقياس الدفعات الغرزية الجزئية .

وتلى ذلك قيام الباحث بتحديد أفراد عينة الدراسة التجريبية الذين حصلوا فى مقياس الاكتئاب بجانب معظم مقياس الدفعات الغرزية الجزئية على درجة تائية تقع فى الدلالة المرضية المرتفعة (٧٠ درجة فأكثر) وقد بلغ عددهم (٣٩) فرداً بواقع (١٨) مراهقا ، (٢١) مراهقة وقد إستخلص من بينهم أعلى (٥) درجات من المراهقين ، ومثلهم من بين المراهقات ، وذلك للقيام ببرنامج علاجى جماعى على أفراد العينة التجريبية التى تم إختيارها بناء على نتائج المقاييس السابقة . هذا وقد تراوحت أعمار هذه العينة ما بين (١٣ - ١٦) سنة وهو أمر يتسق مع عينة الدراسة ألا وهى مرحلة المراهقة المبكرة .

ثانياً : إجراءات الدراسة الإكلينيكية

قام الباحث بإجراء مقابلة إكلينيكية مع كل فرد من أفراد العينة الإكلينيكية وذلك لسبرغور ما يتصل بالأبعاد المتعددة عن تاريخ كل حالة مؤتنسين برؤوس الموضوعات الهادية من حيث مفرادتها التى تشتمل علي الشكوى الحالية ، والأسرة واتجاه المفحوص منها ، وطفولته ، وسنوات التعليم ، وعمله ، والحوادث والأمراض التى تعرض لها المفحوص ، والحقل الجنسى ، والعادات والمعتقدات ، وكذلك الأحلام المتكررة ، بغية تقديم خطة للعلاج ترتكز على حاجات المريض الفردية خاصة وأن العلاج الجماعي يوصى بذلك عندما يكون لدى المرضى مشكلات تتصل بالتفاعلات الفردية . تلى ذلك قيام الباحث بالإعداد للجلسات العلاجية وذلك من خلال الاطلاع على الأطر النظرية ، والدراسات السابقة التى تناولت العلاج الجماعى بصفة عامة بهدف التعرف على أساسيات العلاج الجماعى فيما يتصل بحجم الجماعة ، وعدد الجلسات ، وطول كل منها ، والمكان الذى تجرى فيه وذلك بهدف وضع القواعد والحدود الأساسية للبرنامج العلاجى وذلك على النحو التالى :-

(أ) حجم الجماعة :- يتكون البرنامج العلاجى من مجموعتين من المراهقين والمراهقات بواقع (٥) أفراد لكل مجموعة بجانب الباحث ، وقد راعى أن يكون هؤلاء الأفراد ممن حصلوا على معدل مرضى مرتفع سواء بالنسبة لدرجاتهم على مقياس الاكتئاب أم بالنسبة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية .

(ب) عدد الجلسات :- بلغ إجمالى عدد الجلسات (٤٨) جلسة بواقع (٢٤) جلسة لكل مجموعة علي حدة وذلك بمعدل جلستين أسبوعيا ولمدة (٣) شهور .

(جـ) مكان الجلسة :- أجريت الجلسات العلاجية داخل مؤسسة تربية البنين والبنات الإسلامية بمدينة المنصورة ، وذلك فى غرفة مجهزة من حيث وجود مجموعة من الكراسى ومنضدة ، ووصلات كهربائية تسمح للباحث بتسجيل الجلسات على شرائط كاسيت وذلك كى يتيح له فرصة الإستماع لمضمون الجلسات مرة أخرى ، وحتى يكون متفرغاً أثناء الجلسات لملاحظة ما يصدر من هؤلاء الأفراد من إيماءات أو تعبيرات أو تغيرات فسيولوجية عند مناقشتهم لموضوعات تبعث على الألم ، والضيق ، والحزن ، أو على النقيض من ذلك لما له من أهمية كبرى فى عملية التحليل والتفسير .

(د) زمن الجلسة :- لقد اتضح للباحث من خلال الأطر النظرية والدراسات السابقة التى تناولت العلاج الجماعى أن أفضل زمن للجلسة هو الساعة ونصف الساعة إذ أن الجلسات التى تمتد لتتجاوز الساعتين تؤدى بدورها لنوع من الملل والرتابة والتعب سواء أكان ذلك بالنسبة للمعالج أم بالنسبة للمرضى كما أن الجلسات التى تمتد لساعة واحدة تعد غير كافية حيث لوحظ أن أفراد الجماعات العلاجية يكونون فى قمة تفاعلهم فى نهاية الساعة الأولى من الجلسة وبناءً على ذلك فقد كان زمن الجلسة هو الساعة ونصف الساعة وذلك فى الفترة ما بين (٣,٥ : ٥) مساءً بالنسبة لعينة الإناث ، (٦ : ٧,٥) مساءً بالنسبة لعينة الذكور ، يومى الإثنين والخميس من كل أسبوع إذ إن هذه الفترة الزمنية لا تتضارب مع نشاطات الجماعة سواء من حيث التوقيت أم من حيث الأيام .

وبجانب ذلك فقد وضع الباحث بعض الضوابط ، التى تعد من العوامل الهامة فى بناء الجماعة العلاجية ألا وهى احترام الأعضاء لمواعيد الجلسات فكان لا يسمح للأعضاء المتأخرين بدخول الجلسات ، خاصة وأن الباحث كان يتواجد قبل الجلسات بثلاثين دقيقة كى يلتقط أى أحداث هامة ولقد كان الالتزام بالحضور منضبطا إلى حد كبير إلا لأعذار طارئة ، وكان أقل عدد لحضور الجلسات العلاجية بالنسبة لعينة الذكور متمثلا فى (عماد) وقد حضر (واحد وعشرون) جلسة وإعتذر عن ثلاث جلسات طوال الشهور الثلاثة ويليه (سمير) الذى كان يعانى من حالة اكتئاب حادة وبخاصة فى الجلسات الأولى وقد اعتذر مرتين إحداهما فى الأسبوع الأول ، والثانية فى الأسبوع الثانى .

وفيما يتصل بمجموعة الإناث فقد كانت (سالى) أكثرهن غياباً لها لإدعائها بأنها مصابة بنوع من الصداع ، إذ اضطرتها ظروفها المرضية للتغيب خمس جلسات ، وتليها (مها) التى إنقطعت جلستين طوال فترة البرنامج العلاجى لمشاجراتها مع إحدى الفتيات التى تكبرها فى المؤسسة مما أدى إلى إصابتها ببعض الجروح ترتب عليها عدم مغادرتها للفراش لمدة أسبوع.

هذا وقد أقر الباحث منذ البدء بأن جميع الأعضاء لديهم مشكلات متشابهة وطلب كل عضو أن يطرح مشكلة تؤرقه (سواء أكانت فى المؤسسة أم فى علاقاته مع المشرفين والمديرين ، والأقران) أم فى المدرسة (مع زملائهم أو أساتذتهم) أم فيما يتصل بمستقبله ولا يستطيع حلها ، وكان يطلب من باقى الأعضاء إبداء الحلول حول تلك المشكلة ، وتدعيمهم للحلول الإيجابية لمشكلة الفرد ، وكان الباحث لا يقوم بإنهاء الجلسات حتى يندمج الأعضاء بصورة ما

، ويحققون إغلاقا للموضوع المثار ، وبخاصة لتلك الموضوعات التى تشير لخبرات جدٍّ هامة فى إحداث التغيرات الإيجابية سواء أكان ذلك فى نطاق حياة الفرد أم للجماعة ككل ، إذ إن المرضى داخل الجماعة العلاجية يكونون فى حاجة ماسة للفرص كى يقللوا من توتراتهم ، التى ربما تقلل من معاناتهم العاطفية مما يسهم بدوره فى تحسين قدرتهم فى التعامل مع واقعهم وبعد انتهاء الجلسات العلاجية التى بلغت (٤٨) جلسة بواقع (٢٤) جلسة لكل من مجموعتى الذكور ، والإناث قام الباحث بإعادة تطبيق مقياس الاكتئاب بجانب مقياس الدفعات الغرزية الجزئية على عينة الدراسة الإكلينيكية مرة أخرى وذلك لحساب دلالة الفروق بين درجاتهم فى التطبيق القبلى ، والتطبيق البعدى حتى يمكن التعرف على مدى جدوى البرنامج العلاجى والمتمثل فى جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى فى علاج كل من الاكتئاب ، والنزعات الغرزية الجزئية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

عينة الدراسة :-

أولاً : عينة الدراسة التجريبية :

من أهم المشاكل التى يصادفها معظم الباحثين هى اختيار العينة التى يجرى عليها البحث إذ يتوقف على هذه العينة كل قياس أو نتيجة يخرج بها وانطلاقا من ذلك حدد الباحث عدة ضوابط وشروط يتم فى ضوئها اختيار أفراد عينة الدراسة وهى أن يكون أفراد العينة التجريبية محرومين من الوالدين معاً منذ باكورة حياتهم ، ويتلقون رعاية جماعية من خلال المشرفين والمشرفات داخل المؤسسات الإيوائية التابعة لوزارة الشئون الإجتماعية .

وكانت الصعوبة الأساسية التى واجهت الباحث هى ندرة وجود عدد كافى من المراهقين الذين حرموا من الوالدين معاً منذ باكورة حياتهم أعنى « لقطاء » ممن تتروح أعمارهم الزمنية ما بين (١٣ - ١٦) سنة ، وبالبحث المستمر والاتصال بالمؤسسات الإيوائية أمكن الحصول على مفردات العينة في مؤسسة تربية البنين والبنات الإسلامية بمدينة المنصورة وقد اتضح فى البدء عدم تقبل العاملين بالمؤسسات الإيوائية معاونة الباحث بجانب حرصهم الشديد على عدم كشف ما يدور داخل المؤسسات الإيوائية باعتبار أن الحياة بداخلها لا يصح الكشف عنها ، لولا معاونة مديرى هذه المؤسسات .

خصائص العينة التجريبية

تتكون العينة التجريبية من (٦٠) مراهقاً ومراهقة بواقع (٣٠ مراهقا ، و٣٠ مراهقة) من الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية منذ باكورة حياتهم ممن يعيشون داخل المؤسسات الإيوائية . بينما تتكون العينة الضابطة من (٦٠) مراهقاً ومراهقة بواقع (٣٠ مراهقا ، و٣٠ مراهقة) من أبناء الأسر الطبيعية ممن يعيشون فى كنف آبائهم الطبيعيين ، وقد تراوحت الأعمار الزمنية لعينة الدراسة ما بين (١٣ - ١٦) سنة أى مرحلة المراهقة المبكرة . وقد قام الباحث بحساب نسبة (ف) لحساب التجانس بين المجموعتين حسب مستوى العمر كما يتضح فى الجدول (٢) .

جدول(٢)

« يوضح نتائج تحليل التباين أحادى الاتجاه

لدى مجموعتى الدراسة حسب مستوى العمر »

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
مستوى العمر					
بين المجموعات	٢٠٤,٦٤	١	٢٠٤,٦٤	١,٢١	غير دالة
داخل المجموعات	١٩٨٧٩,٩	١١٨	١٦٨,٤٧		
الكلى	٢٠٠٨٤,٥٤				

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعتى الدراسة من حيث مستوى العمر ، الأمر الذى يشير إلى تجانس مجموعتى الدراسة بالنسبة لهذا المحدد .

اما بالنسبة للجنس فقد راعى الباحث أن يكون نصف أفراد عينة الدراسة من الذكور ، والنصف الآخر من الإناث ، وقد قام الباحث بحساب نسبة « ف » لحساب التجانس بين مجموعتى الدراسة حسب الجنس كما يتضح فى الجدول (٣)

جدول(٣)

يوضح نتائج تحليل التباين أحادى الاتجاه

لدى مجموعتى الدراسة حسب الجنس

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
الجنس					
بين المجموعات	صفر	١	صفر	,٠٠	غير دالة
داخل المجموعات	٣٠	١١٨	,٢٥٤		
الكلى	٣٠				

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعتى الدراسة من حيث الجنس الأمر الذى يشير إلى تجانس مجموعات الدراسة بالنسبة لهذا المحدد .

ثانياً : عينة الدراسة الإكلينيكية :

لقد أوضح « جون بولبى » أنه من الأفضل كثيراً أن ندرس عدداً صغيراً نوعاً من الأفراد الذين يمكن الحصول على معلومات كاملة ودقيقة عنهم ، بدلاً من أن نحاول عقد مقارنات إحصائية دقيقة بأعداد كبيرة توجد ثغرات كثيرة فى معلوماتنا عنهم ، وربما حصلنا على أفضل النتائج بدراسة جماعات صغيرة من الأفراد الذين يكونون متشابهين كثيراً فى ظروفهم بقدر الإمكان (*جون بولبى* ، ١٩٥٨ ، ٦٩) .

وطبقا لمنهج الدراسة الذى يجمع ما بين المنهجين التجريبى والإكلينيكى فقد قام الباحث باختيار عينة تتكون من (١٠) من المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية وذلك بهدف معالجتهم عبر إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى ، وقد قسم أفراد العينة على النحو التالى :

(٥) مراهقون من مؤسسة تربية البنين الإسلامية بمدينة المنصورة .

(٥) مراهقات من مؤسسة تربية البنات الإسلامية بمدينة المنصورة .

وقد راعى فى اختيار هذه الحالات أن تكون أكثر الحالات تدهوراً بالنسبة لنتائج المقاييس المستخدمة فى هذه الدراسة .

وأخيراً ينبغى أن نشير إلى أن ثمة صعوبة قد واجهت الباحث والتى تمثلت فى الحصول على معلومات تتعلق بالحياة النفسية الباكرة لهؤلاء المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية خلال السنوات الأولى لحياتهم ، بالإضافة إلى تغير المشرفين والمشرفات العاملين بهذه المؤسسات من حين لآخر ، ولذلك لم يتوافر للباحث أخذ بيانات كاملة عن فترات الحياة المتعاقبة إلا للسنوات القليلة الماضية من خلال الإطلاع على السجلات الخاصة بهم ، وإجراء عدة مقابلات مع الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين القائمين على رعايتهم .

الأدوات :

لكل علم أدواته الخاصة ، وكلما كانت الأداة جيدة ، كلما كانت النتائج التى نحصل عليها على جانب كبير من الدقة والموضوعية ، وطبقا لمنهج الدراسة المستخدم والذى يجمع بين المنهجين التجريبى والاكلينيكى ، فقد إستخدم الباحث عدداً من الاختبارات والمقاييس النفسية تمثلت فى استمارة بيانات عن المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية ممن يعيشون داخل المؤسسات الإيوائية ، ومقياس الاكتئاب ، ومقياس الدفعات الغرزية الجزئية والمقابلة الإكلينيكية بجانب تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى وسنتناول فيما يلى عرض لكل أداة من هذه الأدوات :-

أولاً :- أدوات الدراسة التجريبية :

١ - إستمارة بيانات عن المراهقين والمراهقات المودعين بالمؤسسات الإيوائية (*)

إعداد / الباحث

تهدف هذه الاستمارة للحصول على البيانات الأولية للمودع كالاسم ، والنوع ، تاريخ الميلاد، والصف الدراسى ، والمدرسة الملحق بها ، وسبب الإيداع بالمؤسسة ، وتاريخ الإيداع ، وعدد الإخوة المقيمين مع المودع فى غرفة المسكن ، بجانب التعرف على المكان الذى كان يقيم به قبل إيداعه بالمؤسسة الحالية كما تهدف الاستمارة للتعرف على نوعية المشكلات التى يعانى منها المودعون بالموسسات الإيوائية من قبيل المشكلات الصحية ، والنفسية ، والدراسية فى كافة أشكالها ، بقدر ما تهدف للحصول على البيانات المتصلة بالقائم على رعاية المودع من حيث نوعه ، وسنه ، ومؤهله الدراسى ، وعدد الأفراد اللذين يقوم بالأشراف عليهم .

٢ - مقياس الاكتئاب (د) للصغار (**)   إعداد / غريب عبد الفتاح

أعدت هذا المقياس فى الأصل (ماريا كوفاكس ، Kovacs , 1983) وقام غريب عبد الفتاح بإعداده وتقنينه ونشره باللغة العربية ، ويناسب المقياس الأفراد من (٧ -- ١٨) سنة ، ويتكون المقياس من (٢٧) مجموعة من العبارات تتكون كل منها من ثلاث عبارات على المفحوص أن يقوم باختيار إحداها ، وتأخذ العبارات درجات من (صفر - ٢) وذلك فى اتجاه

(*) أنظر ملحق (١) .
(**) انظر ملحق (٢) .

ازدياد شده العرض ، وبذلك فإن الدرجة على المقياس تتدرج من (صفر : ٥٤) وهى تغطى طائفة واسعة من الأعراض الاكتئابية تتضمن الاضطرابات فى المزاج ، وفى القدرة على الاستمتاع ، وفى الوظائف النمائية ، وفى تقدير الذات ، وفي سلوك الفرد مع الآخرين ، وتدور بعض البنود حول ما يتركه الاكتئاب من آثار فى مجالات مرتبطة بالأفراد مثل المجال الدراسى، كما يغطى المقياس سبعة وعشرين عرضاً وهى الخوف ، والتشاؤم ، والاحساس بالفشل ، والشعور العام بفقدان الإستمتاع ، والتصرف الخاطئ ، والقلق التشاؤمى ، وكراهية الذات ، وتخطى الذات ، والأفكار الانتحارية ، والبكاء ، وانخفاض القدره على تحمل الإحباط ، وانخفاض فى الاهتمام الاجتماعى ، والتردد ، وتصور سالب للجسم ، وانخفاض فى الدافعية للعمل المدرسى ، واضطراب النوم ، والإجهاد ، وانخفاض الشهية للطعام ، وانشغالات عضوية أو جسمية ، والشعور بالوحدة ، والانتقاص من الذات (بمقارنة نفسه بزملائه) ، والشعور بأنه غير محبوب من الآخرين ، وعدم الطاعة ، ومشاكل اجتماعية ، ويتم تطبيق هذا المقياس بصورة فردية أو جماعية وقد تراوحت معاملات ثبات المقياس بطريقة إعادة تطبيق الإختبار ، وطريقة الإتساق الداخلى بإستخدام معامل ألفا ما بين (٠,٧٢) إلى (٠,٨٨) ، وذلك باستخدام سبع عينات فى أعمار زمنية مختلفة من الجنسين إلى جانب ذلك تم التأكد من صدق المقياس بطريقة صدق التكوين Construct Validity وتوصل إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق وبالنسبة للمعايير فقد استخرج معد الاختبار الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام بحسب الجنس (ذكور – إناث) والسن (٦ – ١٦) سنة ***(غريب عبد الفتاح ، ١٩٩٥).***

وقد قام الباحث بتطبيق مقياس الاكتئاب على عينة قوامها (٦٠) مراهقا ومراهقة من أفراد عينة الدراسة موضع القياس ، وبعد خمسة عشر يوما ، أعيد التطبيق للمرة الثانية على نفس الأفراد وتحت نفس الظروف وتم حساب معامل الثبات بطريقة سبيرمان – بروان فكانت قيمته (٠,٨٧) وهو معامل دال عند مستوى ٠,٠١ .

٣ – مقياس الدفعات الغرزية الجزئية (*) إعداد / حسين سعد الدين الحسينى ١٩٩٧

وهو مقياس شبه إسقاطى يتكون من (٨٠) عبارة تقيس أربعة أبعاد هى النظارية – الاستعراضية – السادية – المازوخية وذلك بواقع (٢٠) عبارة لكل بعد من هذه الأبعاد . وقد صيغت هذه العبارات صياغة عامية كى تصلح فى التعامل مع الثقافات المتباينة فى المجتمع

(*) أنظر ملحق (٣) .

وذلك لسبرغور نزعات غرزية جزئية لا يخلو منها إنسان ، وتلعب دوراً أساسياً فى الأمراض والانحرافات . وفيما يتصل بثبات المقياس فقد قام معد المقياس بحساب الثبات بعدة طرق تمثلت فى طريقة إعادة تطبيق الاختبار وذلك على عينة قوامها (١٠٠) فرد بواقع (٥٠) ذكوراً ، (٥٠) إناثاً وذلك بفاصل زمنى مقداره شهر بين التطبيق الأول والثانى وكانت معاملات الثبات للأبعاد الأربعة دالة عند مستوى ٠١, كما استخدم طريقة التجزئة النصفية وذلك عن طريق حساب معامل الثبات بين العبارات الفردية والزوجية لكل بعد من الأبعاد الأربعة على حدة وذلك بعد معرفة معامل ارتباط العبارات الفردية فى مقابل العبارات الزوجية داخل البعد الواحد باستخدام معادلة سبيرمان – براون وقد أشارت النتائج أن جميع معاملات الثبات بهذه الطريقة كانت دالة عند مستوى ٠,٠١ .

وفيما يتصل بصدق المقياس ، فقد حرص معد المقياس على تطبيق جل معايير الصدق التى تمثلت فى الصدق الوصفى بالأبعاد الثلاثة له (الصدق الفرضى – الصدق السطحى – الصدق المنطقى) حيث اتصل اسم المقياس بمضمونه ، إذ إنه يقيس النزعات الغرزية الجزئية (الصدق الفرضى) ، كما أن المظهر العام للمقياس اتسم بالوضوح ومناسبته للمختبرين وبخاصة بعد تحويل عباراته للعامية (الصدق السطحى) ومن ناحية ثالثة قام المقياس فى صميمه على مفاهيم التحليل النفسى وكانت عباراته بذاتها قد اعتمدت على أبعاد أربعة للنزعات الغرزية الجزئية التى أشار إليها جمهرة المحللين النفسيين (الصدق المنطقى) وفى هذا السبيل لم يكتف معد المقياس بحثه الإكلينيكى وفهمه للتحليل النفسى للغرائز الجزئية التى قامت على أساسها العبارات العشرون لكل بعد ، فقد لجأ أيضاً لأربعة من المحكمين المشتغلين بالميدان وذوى الاتجاه التحليلى النفسى وذلك لاستبعاد بعض العبارات مما لا يجمع المحكمون الأربعة عليها .

وفيما يتصل بالصدق الإحصائى فقد اهتم معد المقياس بالصدق الذاتى وذلك بحساب الجذر التربيعى لمعامل الثبات للأبعاد الأربعة المكونة للمقياس وقد جاءت معاملات الصدق الذاتى جميعها دالة عند مستوى ٠,٠١ كما قام بحساب الصدق بطريقة الإتساق الداخلى وكانت جميع معاملات الارتباط الداخلية بين الأبعاد الأربعة دالة عند مستوى ٠,٠١ .

ومن ناحية ثالثة فقد قام بحساب صدق المحك من خلال تطبيقه للمقياس على عينه من جناح الأحداث ثم حساب معامل الإرتباط بين درجاتهم على العبارات الجديدة التى أضافها والتى

تبدأ من العبارة (٤١ : ٨٠) ودرجاتهم على العبارات القديمة والمتمثلة فى عبارات المقياس المقنن للغرائز الجزئية ***(سامية القطان ، ١٩٨١)*** ، فى اختبار الحاجات الكامنة ***(صلاح مخيمر ، د.ت)*** والتى تبدأ عباراته من العبارة (١) إلى العبارة (٤٠) وذلك بعد إعادة صياغتها باللغة العامية وقد جاءت نتائج معاملات الارتباط للأبعاد الأربعة طبقاً لمعادلة سبيرمان - بروان للتجزئة النصفية دالة عند مستوى ٠,٠١ .

وفيما يتصل بتصحيح المقياس فقد تراوحت الدرجات الخام لكل بعد على حدة من (صفر : ٤٠) درجة خام وذلك حسب استجابة المفحوص على كل عبارة حيث يوجد إستجابات تحصل على (درجتين) وأخرى تحصل على (درجة واحدة) ، ثالثة على (صفر) ومع وضوح ثبات وصدق المقياس إلا أن معد المقياس قام بتطبيقه على عينه قوامها (٥٤٥) بواقع (٢٧٠) من الذكور ، (٢٧٥) من الإناث يمثلون المستويات التعليمية بكافة أشكالها ممن تتراوح أعمارهم الزمنية مابين (١٦ - ٦١) سنة ، وذلك لحساب الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام لكل بعد على حده واضعاً فى الاعتبار أن تكون هناك جداول خاصة بالذكور وأخرى خاصة بالإناث وذلك حتى يستطيع أى باحث يستخدم هذا المقياس أن يقيم وزنا معياريا للدرجات الخام التى يحصل عليها أى فرد فى عينة بحثه .

وهكذا نحسب أن معد هذا المقياس قد إستطاع معالجة نواحى القصور الموجودة فى اختبار الحاجات الكامنة ***(صلاح مخيمر ، د.ت)*** بجانب المقياس المقنن للغرائز الجزئية ***(سامية القطان ، ١٩٨١)*** . وذلك لأن عبارات المقياس السابق الإشارة إليها كانت قليلة هونا اذ اختصت كل نزعة بعشر عبارات مما دعاه إلى أن يضيف إلى كل ما يتصل بنزعة منها عشر عبارات أخرى ليصبح عدد عبارات المقياس الكلية (٨٠) عبارة . كى يزداد الوزن النسبى سدلالة الكمية الكيفية ، ومن ناحية أخرى فقد صيغت جُل هذه العبارات باللغة العامية حتى تتناسب مع المستويات التعليمية المختلفة بعد ما كان هناك صعوبات تتصل بصياغة العبارات وفهمها من جانب المفحوصين بالنسبة للمقياسين السابقين بقدر ما قام معد المقياس بالتقنين العلمى بدءاً من مدى صدق العبارات ، ومن ثم صدق المقياس وثباته وصولا لحساب الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام معالجا بذلك نواحى القصور سواء فى المقياس الأصلى الذى صمم « مخيمر » عباراته وإن لم يقننها ***(صلاح مخيمر ، د . ت)*** أم فى المقياس المقنن للغرائز الجزئية ***(سامية القطان، ١٩٨١)*** التى لم يتجاوز تقنينها سوى وضع نماذج للاستجابات التى

يبنى عليها تقدير الدرجة هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى أراد معد المقياس أن يبرهن على منهجه بغير منهجه وذلك على اعتبار أن عبارات المقياس قد قامت على نهج شبه إسقاطى وهو ما جعله يقوم بحساب معايير كمية تسهم فى الفهم لا التفسير فحسب وذلك لسبرغور الشخصية. (*حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٧ ، ٣*) .

ولما كانت عينة الدراسة الحالية تتراوح أعمارها الزمنية ما بين (١٣ – ١٦) سنة فقد قام معد المقياس بجانب الباحث الحالى بإعداد تقنين جديد يتناسب مع المرحلة العمرية (١٣ – ١٦) أى مرحلة المراهقة المبكرة وذلك على النحو التالى :–

ثبات المقياس : لحساب ثبات مقياس الدفعات الغرزية الجزئية تم إستخدام طريقتين هما :–

١ - طريقة إعادة تطبيق الاختبار :-

حيث تم تطبيق مقياس الدفعات الغرزية الجزئية على عينة قوامها (٥٠٠) بواقع (٢٥٠) مراهقا ، و(٢٥٠) مراهقة ، وبعد خمسة عشر يوما ، أعيد التطبيق مرة ثانية على نفس المراهقين والمراهقات ، وتحت نفس الظروف وتم حساب معامل ثبات كل بعد من الأبعاد الأربعة المكونة للمقياس وذلك بعد حساب معاملات الارتباط بين التطبيق الأول ، والثانى لكل بعد على حدة ، كما يتضح فى الجدول (٤) .

جدول (٤)

يوضح معاملات الثبات للأبعاد الأربعة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية

بطريقة إعادة تطبيق الاختبار حيث (ن = ٥٠٠)

أبعاد المقياس	معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثانى	معامل الثبات	مستوى الدلالة
النظارية	٠,٨١	,٩٠	,٠١
الاستعراضية	٠,٨٥	٠,٩٢	,٠١
السادية	٠,٨٣	٠,٩١	,٠١
المازوخية	٠,٨٦	٠,٩٢	,٠١

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات للأبعاد الأربعة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية بطريقة إعادة تطبيق الاختبار دالة إحصائياً عند مستوى ٠١, .

٢ - طريقة التجزئة النصفية :

تعتبر هذه الطريقة أكثر طرق ثبات الاختبار استخداما ويرجع السبب فى ذلك إلى أنها تتلافى عيوب الطرق الأخرى ، مثل إعادة تطبيق الاختبار (*رمزية الغريب ، ١٩٧٧ ، ٦٥٧*) . ومن هنا فقد تم تجزئة كل بعد من الأبعاد الأربعة المكونة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية إلى نصفين ، العبارات الفردية مقابل العبارات الزوجية واعتمدنا فى ذلك على تساوى عدد العبارات فى كل جزء من الجزئين . لكل بعد من الأبعاد الأربعة وتم حساب معامل ثبات كل بعدمن الأبعاد الأربعة المكونة للمقياس وذلك بعد حساب معامل الارتباط بين العبارات الفردية والعبارات الزوجية داخل كل بعد على حدة وذلك باستخدام معادلة سبيرمان - بروان كما يتضح فى الجدول (٥)

جدول (٥)

يوضح معاملات الثبات للأبعاد الأربعة لمقياس

الدفعات الغرزية الجزئية بطريقة التجزئة النصفية حيث (ن = ٥٠٠)

أبعاد المقياس	معامل الارتباط للجزئين	معامل الثبات	مستوى الدلالة
النظارية	٠,٧١	٠,٨٣	٠,٠١
الاستعراضية	٠,٧٧	٠,٨٧	٠,٠١
السادية	٠,٧٥	٠,٨٦	٠,٠١
المازوخية	٠,٧٨	٠,٨٨	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات للأبعاد الأربعة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية بطريقة التجزئة النصفية دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١

صدق المقياس :

فى سبيل التحقق من صدق المقياس تم إستخدام ثلاث طرق مختلفة لحساب صدق مقياس الدفعات الغرزية الجزئية للمرحلة العمرية (١٣ – ١٦) سنة وذلك على النحو التالى :

١ - صدق التجانس الداخلى :

وقد استخدمت هذه الطريقة للتحقق من صدق بعض الاختبارات المنشورة وخاصة فى مجال الشخصية . فذكر أصحابها أنهم تأكدوا من صدقها بطريقة الصدق الداخلى التى تسمى أحيانا (بالا تساق الداخلى) أو (التجانس الداخلى) *(Anastasi, A., 1982, P. 82)* وهو ما دفعنا لحساب الصدق بهذه الطريقة من خلال حساب معاملات الارتباط البينية بين الأبعاد الفرعية المكونة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية سواء بالنسبة لعينة الذكور حيث (ن = ٢٥٠) أم لعينة الإناث (ن = ٢٥٠) أم للعينة ككل حيث (ن = ٥٠٠) ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١٣ – ١٦) سنة ، وكان معدل الارتباط يتراوح بين (٠،٣١٢ إلى ٠،٥٦٤) وهو معامل دال عند مستوى (٠١,) كما يتضح فى الجدول (٦ ، ٧ ، ٨) .

جدول (٦)

يوضح معاملات الارتباط البينية للأبعاد الأربعة

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الذكور حيث (ن = ٢٥٠)

أبعاد المقياس	النظارية	الاستعراضية	السادية	المازوخية
النظارية		٠,٤٢١	٠,٤٨٧	٠,٥٦٤
الاستعراضية			٠,٣٣٢	٠,٥٠١
السادية				٠,٤٥٥
المازوخية				

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط البينية للأبعاد الأربعة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية بالنسبة لعينة الذكور جاءت دالة إحصائياً عند مستوى ٠،٠١ .

جدول (٧)

يوضح معاملات الإرتباط البينية للأبعاد الأربعة

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الإناث حيث (ن = ٢٥٠)

أبعاد المقياس	النظارية	الاستعراضية	السادية	المازوخية
النظارية		٠,٤٤٦	,٣٨٩	٠,٤٩١
الاستعراضية			,٣١٢	٠,٥٢٦
السادية				,٤٠١
المازوخية				

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط البينية للأبعاد الأربعة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية بالنسبة لعينة الإناث جاءت دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١

جدول (٨)

يوضح معاملات الارتباط البينية للأبعاد الأربعة

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية للعينة الكلية حيث (ن = ٥٠٠)

أبعاد المقياس	النظارية	الاستعراضية	السادية	المازوخية
النظارية		٠,٤٣٦	,٤٤٨	,٥٣٦
الاستعراضية			٠,٣٣١	٠,٥١٦
السادية				٠,٤٣٨
المازوخية				.

ولما كانت معاملات الارتباط لجميع الأبعاد الأربعة التى حصلنا عليها مرتفعة بما يكفى للإطمئنان إليها ، وحيث إنها دالة إحصائياً عند مستوى (٠١,) فهذا يعنى أن النزعات الغرزية الجزئية بكلها من أصل غرزى واحد نرى أنه ثنائى الوجهة (جنسى - عدوانى) وإن كان هذا المعنى الأخير (أصل غرزى واحد) ***(حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٧ ، ٢٨)*** فقد سبق وأشار ***(صلاح مخيمر ، ١٩٨١)*** إلى ردهـا بكلها إلى العدوانية سواء أكانت للداخل أم للخارج ***(صلاح مخيمر ، (ب) ، ١٩٨١)*** .

٢ - الصدق الذاتى

حيث قام الباحث بإيجاد الجذر التربيعى لمعامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار ، وذلك لكل بعد من الأبعاد الأربعة المكونة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية فكانت معاملات الصدق الذاتى على النحو التالى كما هو موضح بالجدول (٩) :

جدول(٩)

يوضح قيم معاملات الصدق الذاتى للأبعاد الأربعة المكونة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية باستخدام قيم معاملات الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار حيث (ن = ٥٠٠)

أبعاد المقياس	قيمة معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار	قيمة معامل الصدق الذاتى	مستوى الدلالة
النظارية	٠,٩٠	٠,٩٥	٠,٠١
الاستعراضية	٠,٩٢	٠,٩٦	٠,٠١
السادية	٠,٩١	٠,٩٥	٠,٠١
المازوخية	٠,٩٢	٠,٩٦	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الصدق الذاتى لكل بعد من الأبعاد الأربعة المكونة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ .

الصدق العاملى :

يعتمد هذا النوع من الصدق على التحليل العاملى للاختبارات المختلفة ولموازينها التى تنسب إليها ، وتقوم فكرة التحليل العاملى على أساس حساب معاملات ارتباط الاختبارات والموازين المختلفة ثم تحلل هذه الارتباطات إلى العوامل التى أدت إلى ظهورها ، وبذلك يؤدى هذا التحليل للكشف عن العوامل المشتركة العامة والطائفية التى تتكون منها الاختبارات المختلفة . ويؤثر العامل العام على جميع الاختبارات بنسب مختلفة تسمى معاملات تشبع الاختبارات بالعامل العام ، كما يؤثر العامل الطائفى فى بعض الاختبارات بنسب مختلفة تسمى أيضا معاملات تشبع الاختبارات بالعامل الطائفى ، أى أن العوامل الطائفية تقسم الاختبارات إلى تجمعات وفقا لما تقيسه تلك الاختبارات فتؤلف من الاختبارات العددية قسما أو طائفة ، وتؤلف من الاختبارات اللغوية قسماً آخر أو طائفة ، وهكذا تكشف تلك العوامل عن مدى ارتباط كل اختبار من اختبارات أى مجموعة بالعامل أو القدرة التى تمثلها تلك المجموعة .

(فؤاد البهى السيد ، ١٩٧٩ ، ٤٠٣)

ويشير ***(صفوت فرج ، ١٩٨٠)*** بأن طرق التحليل العاملى تختلف وتتميز فيما بينها بقدر إختلاف النظر فى أسلوب تمثيل البيانات ، فيمكن تمثيل مجموعة من معاملات الارتباط بين عدد من المتغيرات بوسائل مختلفة ، وتؤدى كل وسيلة من هذه الوسائل إلى وضع فروض عاملية جديدة ***(صفوت فرج ، ١٩٨٠ ، ٢٠٩)*** .

ولقد تم حساب الصدق العاملى لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية عن طريق برنامج S.P.S.S. لعينة قوامها (٥٠٠) مراهقاً ومراهقة بواقع (٢٥٠ مراهقاً ، ٢٥٠ مراهقة) ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١٣ – ١٦) سنة ، بقدر ما قام الباحث بحسابه لكل مجموعة على حده سواء بالنسبة لعينة الذكور أم عينة الاناث ، وذلك باستخدام تدوير المحاور بطريقة فارماكس Varimax وذلك كما هو موضح بالجداول التالية :-

جدول (١٠)

يوضح مصفوفة الارتباط ودلالتها عند الطرف الواحد

Sig. (1-tailed) of Correlation Matrix

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية للعينة الكلية حيث (ن = ٥٠٠)

المصفوفة	أبعاد المقياس	النظارية	الاستعراضية	السادية	المازوخية
الارتباط Correlation	النظارية				
	الاستعراضية	٠,٤٢٥			
	السادية	٠,٤٤٨	٠,٣٢١		
	المازوخية	٠,٥٣٥	٠,٥١٥	٠,٤٣٧	–
دلالة الطرف الواحد لمعامل الارتباط Sig. (1-tailed) of Correlation	النظارية	–			
	الاستعراضية	٠,٠٠٠	–		
	السادية	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	–	
	المازوخية	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	–

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط البينية للأبعاد الأربعة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية بالنسبة للعينة الكلية (ن = ٥٠٠) جاءت دالة إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ .

جدول (١١)

يوضح مصفوفة ارتباط التداخلات بين الأبعاد

Inverse of Correlation Matrix

لمقياس الدفعات الفرزية الجزئية للعينة الكلية حيث (ن = ٥٠٠)

أبعاد / المقياس	النظارية	الاستعراضية	السادية	المازوخية
النظارية	١,٥٨١			
الاستعراضية	,٢٨٩	١,٤٤١		
السادية	٠,٣٨١	٠,١١٢	١,٣٥٢	
المازوخية	٠,٥٣٢	٠,٥٤٠	٠,٣٣٠	١,٧٠٨

جدول (١٢)

يوضح المصفوفات المعكوسة

Anti - Image Matrices

لمقياس الدفعات الفرزية الجزئية للعينة الكلية حيث (ن = ٥٠٠)

المصفوفة	أبعاد / المقياس	النظارية	الاستعراضية	السادية	المازوخية
التباين المعكوس Anti - Image Covariance	النظارية	٠,٦٣٢			
	الاستعراضية	٠,١٢٧	٠,٦٩٤		
	السادية	٠,١٧٨	٠,٠٥٧	٠,٧٤٠	
	المازوخية	٠,١٩٧	٠,٢١٩	٠,١٤٣	٠,٥٨٥
الارتباط المعكوس Anti - Image Correlation	النظارية	٠,٦٧٤			
	الاستعراضية	٠,١٩١	٠,٧٧٨		
	السادية	٠,٢٦٠	٠,٠٨٠	٠,٨٠٥	
	المازوخية	٠,٣٢٤	٠,٣٤٤	٠,٢١٧	٠,٧٣٤

جدول (١٣)

يوضح الأبعاد الطائفية للتحليل العاملى

Communalities of Factor Analysis

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية للعينة الكلية حيث (ن = ٥٠٠)

أبعاد المقياس	الداخلية	المجموع
النظارية	١,٠٠٠	٠,٦٣٣
الاستعراضية	١,٠٠٠	٠,٥٤٨
السادية	١,٠٠٠	,٥٠١
المازوخية	١,٠٠٠	٠,٦٧٧

جدول (١٤)

يوضح تفسير التباين الكلى

Total Variance Explained

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية للعينة الكلية حيث (ن = ٥٠٠)

المصفوفة الجزئية	قيم الارتباطات الداخلية				حاصل مجموع النسب التربيعية		
	الكلى	نسبة التباين ٪	مجموع النسب المئوية ٪		الكلى	نسبة التباين ٪	مجموع النسب المئوية ٪
١	٢,٣٥٩	٥٨,٩٦٧	٥٨,٩٦٧		٢,٣٥٩	٥٨,٩٦٧	٥٨,٩٦٧
٢	٠,٦٧٩	١٦,٩٨٧	٧٥,٩٥٣				
٣	٠,٥٢١	١٣,٠٢١	٨٨,٩٧٤				
٤	٠,٤٤١	١١,٠٢٦	١٠٠,٠٠				

جدول (١٥)

يوضح المصفوفة الجزئية

Component Matrix

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية للعينة الكلية حيث (ن = ٥٠٠)

أبعاد المقياس	المصفوفة الجزئية
	I
المازوخية	٠,٨٢٣
النظارية	٠,٧٩٥
الاستعراضية	٠,٧٤٠
السادية	٠,٧٠٨

يتضح من الجدول السابق أن تشبعات الأبعاد الأربعة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لدى العينة الكلية (ن = ٥٠٠) مرتفعة بدرجة كبيرة إذ أنها تزيد عن (٠,٣) لذا فهى دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) وهو ما يعنى أن أبعاد المقياس مرتبطة مع بعضها البعض ارتباطاً عالياً ، وهو ما يشير إلى أن مقياس الدفعات الغرزية الجزئية ذو اتجاه أو قطب واحد .

ومن ناحية أخرى فقد اتضح أن أكثر الأبعاد تشبعا كان بعد المازوخية يليه بعد النظارية ثم بعد الاستعراضية وأخيراً بعد السادية .

جدول (١٦)

يوضح مصفوفة الارتباطات الناتجة

Reproduced Correlations Matrix

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية للعينة الكلية حيث (ن = ٥٠٠)

المصفوفة	أبعاد / المقياس	النظارية	الاستعراضية	السادية	المازوخية
الارتباطات الناتجة Reproduced Correlation	النظارية	٠,٦٣٢	٠,١٥٣	٠,١١٤	٠,١٨٨
	الاستعراضية	٠,٥٨٨	٠,٥٤٧	٠,١٩٢	٠,٠٩٣
	السادية	٠,٥٦٣	٠,٥٢٣	٠,٥٠١	٠,١٤٤
	المازوخية	٠,٦٥٤	٠,٦٠٨	٠,٥٨٢	٠,٦٧٦
البواقى Residual	النظارية	-			
	الاستعراضية	٠,١٥٣	-		
	السادية	٠,١١٥	٠,١٩٣	-	
	المازوخية	٠,١٩٩	,٠٩٣	٠,١٤٥	-

لقد تم حساب البواقى ما بين معاملات الارتباط الأساسية ، وبين التى تم إستخراجها فوجد أن هناك ٦ ٪ من البواقى المتكررة كانت قيمتها المطلقة أكبر من ٠,٠٥ .

وبعد تدوير المحاور بطريقة فارماكس Varimax of Rotated Factor Matrix لم يجد الباحث أى اختلاف بين النتائج التى حصلنا عليها قبل وبعد التدوير ، وهو ما يشير إلى أن مقياس الدفعات الغرزية الجزئية بأبعاده الأربعة ذو اتجاه أو قطب واحد .

جدول (١٧)

الدرجات الجزئية لمصفوفة العوامل

Component Score Coefficient Matrix

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية للعينة الكلية حيث (ن = ٥٠٠)

أبعاد المقياس	المصفوفة الجزئية
	1
النظارية	٠,٣٣٧
الاستعراضية	٠,٣١٤
السادية	٠,٣٠٠
المازوخية	٠,٣٤٩

يتضح من الجدول السابق أن هناك تقارب ، وإتساق بين تشبعات الأبعاد الأربعة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لدى العينة الكلية (ن = ٥٠٠) ، وهو ما يشير إلى أن المقياس بأبعاده الأربعة (النظارية – الاستعراضية – السادية – المازوخية) إنما يكشف فى مجملة عن تلك الدينامية التى وضع أساساً من أجل قياسها .

جدول (١٨)

يوضح مصفوفة الارتباط ودلالتها عند الطرف الواحد

Sig. (1-tailed) of Correlation Matrix

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الذكور حيث (ن = ٢٥٠)

المصفوفة	أبعاد المقياس	النظارية	الاستعراضية	السادية	المازوخية
الارتباط Correlation	النظارية				
	الاستعراضية	٠,٤٢١			
	السادية	٠,٤٨٧	٠,٣٣٢		
	المازوخية	٠,٥٦٤	٠,٥٠١	٠,٤٥٥	–
دلالة الطرف الواحد لمعامل الارتباط Sig. (1-tailed) of Correlation	النظارية	–			
	الاستعراضية	٠,٠٠٠	–		
	السادية	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	–	
	المازوخية	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	–

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط البينية للأبعاد الأربعة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية بالنسبة لعينة الذكور (ن = ٢٥٠) جاءت دالة إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ .

جدول (١٩)

يوضح مصفوفة ارتباط التداخلات

Inverse of Correlation Matrix

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الذكور حيث (ن = ٢٥٠)

أبعاد / المقياس	النظارية	الاستعراضية	السادية	المازوخية
النظارية	١,٦٧١			
الاستعراضية	٠,٢٤٦	١,٣٩٧		
السادية	٠,٤٥٣	٠,١١٢	١,٤٠٧	
المازوخية	٠,٦١٤	٠,٥١٠	٠,٣٢٨	١,٧٥٢

جدول (٢٠)

يوضح المصفوفات المعكوسة

Anti - Image Matrices

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الذكور حيث (ن = ٢٥٠)

المصفوفة	أبعاد / المقياس	النظارية	الاستعراضية	السادية	المازوخية
التباين المعكوس Anti - Image Covariance	النظارية	٠,٥٩٩			
	الاستعراضية	٠,١٠٥	٠,٧١٦		
	السادية	٠,١٩٣	٠,٠٥٧	٠,٧١١	
	المازوخية	٠,٢١٠	٠,٢٠٩	٠,١٣٣	٠,٥٧١
الارتباط المعكوس Anti - Image Correlation	النظارية	٠,٧٥٢			
	الاستعراضية	٠,١٦١	٠,٧٩٥		
	السادية	٠,٢٩٥	٠,٠٧٩	٠,٨٠١	
	المازوخية	٠,٣٥٩	٠,٣٢٦	٠,٢٠٩	٠,٧٣٦

جدول (٢١)

يوضح الأبعاد الطائفية للتحليل العاملى

Communalities of Factor Analysis

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الذكور حيث (ن = ٢٥٠)

أبعاد المقياس	الداخلية	المجموع
النظارية	١,٠٠٠	٠,٦٥٦
الاستعراضية	١,٠٠٠	٠,٥١٧
السادية	١,٠٠٠	٠,٥٢٩
المازوخية	١,٠٠٠	٠,٦٨٥

جدول (٢٢)

يوضح تفسير التباين الكلى

Total Variance Explained

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الذكور حيث (ن = ٢٥٠)

المصفوفة	قيم الارتباطات الداخلية			حاصل مجموع النسب التربيعية		
الجزئية	الكلى	نسبة التباين ٪	مجموع النسب المئوية ٪	الكلى	نسبة التباين ٪	مجموع النسب المئوية ٪
١	٢,٣٨٨	٥٩,٦٩٦	٥٩,٦٩٦	٢,٣٨٨	٥٩,٦٩٦	٥٩,٦٩٦
٢	٠,٦٨١	١٧,٠٣٢	٧٦,٧٢٩			
٣	٠,٥١١	١٢,٧٧٩	٨٩,٥٠٨			
٤	٠,٤٢٠	١٠,٤٩٢	١٠٠,٠٠			

جدول (٢٣)

يوضح المصفوفة الجزئية

Component Matrix

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الذكور حيث (ن = ٢٥٠)

أبعاد المقياس	المصفوفة الجزئية
	1
المازوخية	٠,٨٢٨
النظارية	٠,٨١٠
السادية	٠,٧٢٨
الاستعراضية	٠,٧١٩

يتضح من الجدول السابق أن تشبعات الأبعاد الأربعة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لدى عينة الذكور (ن = ٢٥٠) مرتفعة بدرجة كبيرة إذ أنها تزيد عن (٠,٣) لذا فهى داله إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) وهو ما يعنى أن أبعاد المقياس مرتبطة مع بعضها البعض ارتباطاً عالياً ، وهو ما يشير إلى أن مقياس الدفعات الغرزية الجزئية ذو اتجاه أو قطب واحد .

ومن ناحية أخرى فقد اتضح أن أكثر الأبعاد تشبعا كان بعد المازوخية يليه بعد النظارية ثم بعد السادية وأخيراً بعد الاستعراضية .

جدول (٢٤ أ)

يوضح مصفوفة الارتباطات الناتجة

Reproduced Correlations Matrix

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الذكور حيث (ن = ٢٥٠)

المصفوفة	أبعاد المقياس	النظارية	الاستعراضية	السادية	المازوخية
الارتباطات الناتجة Reproduced Correlation	النظارية	٠,٦٥٦	٠,٥٨٣	٠,٥٩٠	٠,٦٧١
	الاستعراضية	٠,٥٨٣	٠,٥١٧	٠,٥٢٣	٠,٥٩٥
	السادية	٠,٥٩٠	٠,٥٢٣	٠,٥٢٩	٠,٦٠٢
	المازوخية	٠,٦٧١	٠,٥٩٥	٠,٦٠٢	٠,٦٨٥
البواقى Residual	النظارية				
	الاستعراضية	٠,١٦١			
	السادية	٠,١٠٣	٠,١٩١		
	المازوخية	٠,١٠٦	٠,٠٩٣	٠,١٤٧	–

لقد تم حساب البواقى ما بين معاملات الارتباط الأساسية ، وبين التى تم إستخراجها فوجد أن هناك ٦ ٪ من البواقى المتكررة كانت قيمتها المطلقة أكبر من ٠,٠٥ .

وبعد تدوير المحاور بطريقة فارماكس Varimax of Rotated Factor Matrix لم يجد الباحث أى اختلاف بين النتائج التى حصلنا عليها قبل وبعد التدوير ، وهو ما يشير إلى أن مقياس الدفعات الغرزية الجزئية بأبعاده الأربعة ذو اتجاه أو قطب واحد .

جدول (٢٥)

الدرجات الجزئية لمصفوفة العوامل

Component Score Coefficient Matrix

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الذكور حيث (ن = ٢٥٠)

أبعاد المقياس	المصفوفة الجزئية
	1
النظارية	٠,٢٣٩
الاستعراضية	٠,٣٠١
السادية	٠,٣٠٥
المازوخية	٠,٣٤٧

يتضح من الجدول السابق أن هناك تقارب ، وإتساق بين تشبعات الأبعاد الأربعة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لدى عينة الذكور (ن = ٢٥٠) ، وهو ما يشير إلى أن المقياس بأبعاده الأربعة (النظارية - الاستعراضية - السادية - المازوخية) إنما يكشف فى مجملة عن تلك الدينامية التى وضع أساساً من أجل قياسها .

جدول (٢٦)

يوضح مصفوفة الارتباط ودلالتها عند الطرف الواحد

Sig. (1-tailed) of Correlation Matrix

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الإناث حيث (ن = ٢٥٠)

المصفوفة	أبعاد المقياس	النظارية	الاستعراضية	السادية	المازوخية
الارتباط Correlation	النظارية				
	الاستعراضية	٠,٤٤٦			
	السادية	٠,٣٨٩	٠,٣١٢		
	المازوخية	٠,٤٩١	٠,٥٢٦	٠,٤٠١	–
دلالة الطرف الواحد لمعامل الارتباط Sig. (1-tailed) of Correlation	النظارية	–			
	الاستعراضية	٠,٠٠٠	–		
	السادية	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	–	
	المازوخية	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	–

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط البينية للأبعاد الأربعة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية بالنسبة لعينة الإناث (ن = ٢٥٠) جاءت دالة إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ .

جدول (٢٧)

يوضح مصفوفة ارتباط التداخلات

Inverse of Correlation Matrix

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الإناث حيث (ن = ٢٥٠)

أبعاد المقياس	النظارية	الاستعراضية	السادية	المازوخية
النظارية	١,٤٧٨			
الاستعراضية	٠,٣٤٣	١,٤٨٥		
السادية	٠,٢٩٦	٠,١٠٢	١,٢٧١	
المازوخية	٠,٤٢٦	٠,٥٧١	٠,٣١١	١,٦٣٤

جدول (٢٨)

يوضح المصفوفات المعكوسة

Anti - Image Matrices

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الإناث حيث (ن = ٢٥٠)

المصفوفة	أبعاد المقياس	النظارية	الاستعراضية	السادية	المازوخية
التباين المعكوس Anti - Image Covariance	النظارية	٠,٦٧٧			
	الاستعراضية	٠,١٥٦	٠,٦٧٣		
	السادية	٠,١٥٨	٠,٠٥٣	٠,٧٨٦	
	المازوخية	٠,١٧٧	٠,٢٣٥	٠,١٥٠	٠,٦١٢
الارتباط المعكوس Anti - Image Correlation	النظارية	٠,٧٧١			
	الاستعراضية	٠,٢٣١	٠,٧٤٧		
	السادية	٠,٢٦١	٠,٠٧٣	٠,٨٠٦	
	المازوخية	٠,٢٧٤	٠,٣٦٧	٠,٢١٦	٠,٧٢٦

جدول (٢٩)

يوضح الأبعاد الطائفية للتحليل العاملى

Communalities of Factor Analysis

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الإناث حيث (ن = ٢٥٠)

أبعاد / المقياس	الداخلية	المجموع
النظارية	١,٠٠٠	٠,٦٠٠
الاستعراضية	١,٠٠٠	٠,٥٨٠
السادية	١,٠٠٠	٠,٤٤٩
المازوخية	١,٠٠٠	٠,٦٦١

جدول (٣٠)

يوضح تفسير التباين الكلى

Total Variance Explained

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الإناث حيث (ن = ٢٥٠)

المصفوفة الجزئية	قيم الارتباطات الداخلية				حاصل مجموع النسب التربيعية		
	الكلى	نسبة التباين ٪	مجموع النسب المئوية ٪		الكلى	نسبة التباين ٪	مجموع النسب المئوية ٪
١	٢,٢٩٠	٥٧,٢٥٨	٥٧,٢٥٨		٢,٢٩٠	٥٧,٢٥٨	٥٧,٢٥٨
٢	٠,٧٠٧	١٧,٦٦٨	٧٤,٩٢٦				
٣	٠,٥٤٤	١٣,٥٩٣	٨٨,٥١٩				
٤	٠,٤٥٩	١١,٤٨١	١٠٠,٠٠				

جدول (٣١)

يوضح المصفوفة الجزئية

Component Matrix

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الإناث حيث (ن = ٢٥٠)

أبعاد المقياس	المصفوفة الجزئية
	1
المازوخية	٠,٨١٣
النظارية	٠,٧٧٥
الاستعراضية	٠,٧٦١
السادية	٠,٦٧٠

يتضح من الجدول السابق أن تشبعات الأبعاد الأربعة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لدى عينة الإناث (ن= ٢٥٠) مرتفعة بدرجة كبيرة إذ أنها تزيد عن (٠,٣) لذا فهى داله إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) وهو ما يعنى أن أبعاد المقياس مرتبطة مع بعضها البعض ارتباطاً عالياً ، وهو ما يشير إلى أن مقياس الدفعات الغرزية الجزئية ذو اتجاه أو قطب واحد .

ومن ناحية أخرى فقد اتضح أن أكثر الأبعاد تشبعا كان بعد المازوخية يليه بعد النظارية ثم بعد الاستعراضية وأخيراً بعد السادية .

جدول (٣٢)

يوضح مصفوفة الارتباطات الناتجة

Reproduced Correlations Matrix

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الإناث حيث (ن = ٢٥٠)

المصفوفة	أبعاد المقياس	النظارية	الاستعراضية	السادية	المازوخية
الارتباطات الناتجة Reproduced Correlation	النظارية	٠,٦٠٠	٠,٥٩٠	٠,٥١٩	٠,٦٣٠
	الاستعراضية	٠,٥٩٠	٠,٥٨٠	٠,٥١٠	٠,٦١٩
	السادية	٠,٥١٩	٠,٥١٠	٠,٤٤٩	٠,٥٤٥
	المازوخية	٠,٦٣٠	٠,٦١٩	٠,٥٤٥	٠,٦٦١
البواقي Residual	النظارية				
	الاستعراضية	٠,١٤٤			
	السادية	٠,١٣١	٠,١٩٨		
	المازوخية	٠,١٣٩	٠,٠٩٣	٠,١٤٤	-

لقد تم حساب البواقي ما بين معاملات الارتباط الأساسية ، وبين التى تم إستخراجها فوجد أن هناك ٦ ٪ من البواقي المتكررة كانت قيمتها المطلقة أكبر من ٠,٠٥ .

وبعد تدوير المحاور بطريقة فارماكس Varimax of Rotated Factor Matrix لم يجد الباحث أى اختلاف بين النتائج التى حصلنا عليها قبل وبعد التدوير ، وهو ما يشير إلى أن مقياس الدفعات الغرزية الجزئية بأبعاده الأربعة ذو اتجاه أو قطب واحد .

جدول (٣٣)

الدرجات الجزئية لمصفوفة العوامل

Component Score Coefficient Matrix

لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لعينة الإناث حيث (ن = ٢٥٠)

أبعاد المقياس	المصفوفة الجزئية
	1
النظارية	٠,٣٣٨
الاستعراضية	٠,٣٣٢
السادية	٠,٢٩٣
المازوخية	٠,٣٥٥

يتضح من الجدول السابق أن هناك تقارب ، وإتساق بين تشبعات الأبعاد الأربعة لمقياس الدفعات الغرزية الجزئية لدى عينة الإناث (ن = ٢٥٠) ، وهـو مـا يـشير إلى أن المقياس بأبعاده الأربعـة (النظارية - الاستعراضية - السادية - المازوخية) إنما يكشف فى مجملة عن تلك الدينامية التى وضع أساساً من أجل قياسها .

وبجانب ذلك فقد قمنا بحساب الدرجة التائية المقابلة للدرجات الخام لكل بعد من الأبعاد الأربعة المكونة للمقياس وذلك من خلال تطبيق المقياس على عينة قوامها (٥٠٠) بواقع (٢٥٠) من الذكور ، (٢٥٠) من الإناث ممن تتراوح أعمارهـم الزمـنية مـا بين (١٣ - ١٦) سنة واضعين فـى الإعتبار أن يكون هناك جداول خاصة بـالذكور ، وأخرى بالإناث . ولما كانت الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام لكل من الأبعاد الأربعة فـى عينتى الذكور والإناث قد تضمنت أرقاماً عشرية لكل رقم صحيح فقد أثرنا أن نقرب الأرقام العشرية إلى رقم صحيح تبعاً للقاعدة المعروفة بحذف ما هو أقل من ٠,٥ وتقريب ما يزيد عنها إلى واحد صحيح . كما يتضح فى الملاحق (*) .

* انظر ملحق رقم (٤) ، (٥) ، (٦) ، (٧) ، (٨) ، (٩) ، (١٠) ، (١١) ، (١٢) .

« وقد يسأل البعض » ألسنا من أنصار الجاليلية التى تعتمد على السياقات و المجانسة فما بالنا نُقيم تصنيفين (ذكور – اناث) واجابتنا جدّ بسيطة إن السياق هنا يشير إلى خلاف فى الدرجة من دفعة غرزية جزئية إلى أخرى ، ومرة أخرى نقول خلافا فى الدرجة بين كل من الإناث وأخرى من الذكور ، من ثم أثرنا أن نقيم درجات تائية لكل بُعد إحداهما لعينة الإناث وأخرى لعينة الذكور إدراكاً منا لوجود خصائص نوعية لا تنفى نهجا جاليليا .

(حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٧ ، ٢٩ – ٣٠)

ثانياً : أدوات الدراسة الإكلينيكية :

الباحث :

قد يبدو غريباً أن أورد الباحث كبعد فى الموقف العلاجى واعتبره بعضا من معطى هذا الموقف ، ولكن الاستغراب قد يتبدد إذا ما استطررت فى ذكر مبرراتى لهذا المنحى ، والتى تمثلت فى أن « منهج التحليل النفسى اهتم بضرورة خضوع المحلل نفسه للتحليل النفسى ، كى يلما الماما دقيقا وضمن ما لم يلم به بالأساليب العادية التى تسير وفقها العمليات العقلية . إذ أننا نسلم دوماً بأننا لن نستطيع الفهم إلا إذا كنا قادرين على فهم أنفسنا ، فكل إنسان إنما هو عالم نفس « فالامتزاج بين المنهج والموضوع وبين آداة البحث ومادته وبين الباحث والمبحوث امتزاج قوى ومغرب »*(حسين عبد القادر محمد ، ١٩٧٤ ، ٢٣٠)* .

ولأننى لم أخضع من قبل لتحليل نفسى – فكان على أن أسلم بوجود عوائق ذاتية تعوق هونا ما التفسير الفاهم للظواهر التى ساشدهدها ، ويخفف من وطاة ذلك القصور أنه من المسلم به فى نظرية التحليل النفسى ، وحتى بالنسبة للمحلل النفسى المتمرس – وجود مناطات لتضاد الطرح ، وهو ما أدركت بنفسى بعضا من مساربه ، ومن هنا فإن أخطائى فى هذا السبيل مستدركة ، وحد أدنى من المعرفة بالنفس فيه بعض الكفاية لمحدودية المطلب ، وقبل ذلك كله فإن اشراف محلل نفسي هو أستاذ أساتذة هذا الجيل فى عالمنا العربى بغير منازع الأستاذ الدكتور / حسين عبد القادر محمد على الجلسات العلاجية التى حضرها وشارك فيها – ما هو إلا القليل مما أثرنى به – ورغم ذلك كله وكعتبة فارقة لضمان حد أدنى من إعاقة الجلسات العلاجية اتخذت سمتا أقرب إلى الصمت ، وكان مثالى هنا بالإضافة إلى ما استقر عليه جمهرة المحللين النفسيين من أن المحلل فقير فى الأدوار التى يؤديها ، « فقانون العلاج يقوم أساسا على خلق مفارقة بين الأدوار التى يقوم بها المريض ، وبين الدور الوحيد الذى يلعبه المحلل ، وموقف المحلل هذا مقصود متعمد ، والهدف من ذلك هو منع

إشباع حاجات الإعتماد الطفلى على المحلل ، وخلق موقف جماعى جديد يتيح للفرد فرص النمو النفسى والاستقلال عن الوالدين ، ومن يحل محلهم » (***حسين عبد القادر محمد ، ١٩٧٤ ، ٢٣٠***) .

المقابلة الإكلينيكية : *Clinical interview*

تعد المقابلة الإكلينيكية من أهم وسائل جمع البيانات وأكثرها شيوعا نظراً لميزاتها المتعددة ولمرونتها ، وإن كانت تتفاوت فى أهميتها و نوعيتها بحسب المنهج والطريقة المستخدمة ، ويتوقف نجاحها على مستوى التخطيط لها من جهة ، وعلى الكيفية التى تتبع فى تسجيل المعلومات والبيانات التى تسفر عنها هذه المقابلة من جهة أخرى ، فالمقابلة تهيئ الفرصة أمام الإكلينيكى للقيام بدراسة متكاملة للحالة ، عن طريق المحادثة المباشرة وتفهم العميل والتأكد من صدق بعض الإنطباعات ، والفروض التى يصل إليها عن طريق الأدوات التشخيصية الأخرى وهو أمر ضرورى للتوصل إلى الصياغات التشخيصية . (***لويس كامل مليكه ، ١٩٧٧ ، ٦٥***) .

وعلى الرغم من أن المقابلة ليست اختباراً مقنناً إلا أنها فى الوقت نفسه أداة سيكومترية لجمع المعلومات لها طابع الاختبار ، إذ أنها تمد الفاحص بالعديد من مصادر المعلومات عن المفحوص خصوصا إذا كانت هذه المقابلة غير مقيدة نسبياً . **ويجب على الفاحص القائم بالمقابلة أن يضع فى إعتباره العديد من الأسئلة :**

- ما هى الموضوعات الهامة الي يجب أن يتناولها ؟
- هل هو قادر على تفسير تلك الموضوعات الهامة ؟
- ما هى الصعوبات التي يمكن أن تواجهه ، ومتى بدأت ، وكيف حدثت ؟
- ما هى التغيرات التي يمكن أن تطرأ على هذه الصعوبات ؟
- ما هى التغيرات التى تطرأ على سلوك الفرد أثناء المقابلة ؟

(Groth, M., 1990, P. 64)

وما دمنا نهتم بالبصيرة الإكلينيكية والإمساك بدلالات تتسلل من اللاشعور إلى المنطوق فنحن بحاجة لاستخدام تكنيك المقابلة الطليقة التى تسمح بجمع معلومات أكثر ثراء كالمعلومات التي يمكن أن تكشف عنها زلات اللسان والأحلام والتداعيات الحرة (***حسين عبد القادر محمد، حسين سعد الدين الحسينى ١٩٩٤، ١٠***) وهكذا أثرنا أن نسترشد برؤوس الموضوعات الهادية (***سامية القطان ، ١٩٨٠ ، ٧٧ - ٨٣***) .

ويجب أن نشير هنا إلى أن نجاح المقابلة لا يتوقف على كم المعلومات التى يتم الوصول إليها ولكن يعتمد على مقدار الثقة ، والصدق فى تلك المعطيات(Groth,M.,1990,P. 61)
ولا يقف الباحث عند استقصاء تاريخ الحالة فحسب ، بل إقامة تواصل ملزم ، أو علاقة حميمة Rapport هى حتما لابد منه بلوغاً للعلاقة الطرحية .

(حسين عبد القادر محمد ، حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٤ ، ١١٠)

تكنيك العلاج المستخدم فى الدراسة :

جماعات الحوار Encounter Groups كأحد أساليب العلاج الجماعى :

ترجع الأسس التى قامت عليها جماعات الحوار إلى الأصول الدينية ، والصوفية التى تشجع التواصل بين الأنا والآخر . *(لطفى فطيم ، ١٩٩٤ ، ٥٤)* وقد نشأت هذه الجماعات فى الستينات من هذا القرن فى أمريكا ونالت شيوعاً عظيماً لدرجة أنها راحت تبتلع جميع الطرق العلاجية فى الستينات والسبعينات من هذا القرن ، إلا أنها قلت تدريجيا فى الثمانينات ، ولقد اعتبرها « كارل روجرز » أشهر مؤسسى حركة الإمكانيات الإنسانية « واحدة من التطورات المثيرة فى عصرنا » ، وبأنها ... واحدة من أكثر المبتكرات المعاصرة نجاحاً ، والتى تتناول مشاعر عدم الواقعية ، واللاشخصية *(على كمال ، ١٩٩٤ ، ٣٦٩ - ٣٧٠)* وهى فى رأيه أعظم إختراع اجتماعى شاع فى هذا القرن بل لعلها أقوى اختراع على الإطلاق ، وستظل هذه الجماعات باقية طالما وجد إنسان على ظهر هذا الكوكب *(لطفى فطيم ، ١٩٩٤ ، ٤٥ - ٤٦)* .

أما مورينو فقد وصفها كأفضل طريقة لإقامة الإتصال بين الأفراد ، بقدر ما تعد أفضل طرق المقابلة ، وكيف أنها تعبر عن منهج جديد فى العلاج إذ ترتكز على التفاعلات الاجتماعية للعلاقات الشخصية وهذا يساعد بدوره على إزالة كافة القيود والحواجز النفسية والعمليات الدفاعية لكل فرد من أفراد الجماعة دون ضغط من المعالج ، فالفرد فى الجماعة قادر على التعامل مع الصعوبات الخاصة بالتعبيرات الانفعالية ، وإن كان فى الوقت نفسه محتاج لمساعدة من يشجعه لكى يصل لهذا المستوى من التلقائية فيكون قادراً على أن يسرد تاريخه الشخصى دون حواجز (Spotnity , H., 1972, Pp. 52 - 53)

وتقوم جماعات الحوار على مجموعة من الأسس النفسية والاجتماعية التى تجعل منها قوى فعالة فى العلاج الجماعى يمكن تلخيصها فيما يلى :-

- التعرف على اللاشعور ما أمكن ، حيث يؤدى وجود المريض بين المرضى الآخرين فى جو الجماعة العلاجية إلى الإقناع بأنه ليس وحده هو الشاذ ، وأنه ليس مختلفا عن الآخرين ، وإن المشكلات النفسية تدخل ضمن الصعوبات العامة التى تقابل الناس جميعاً .

- التخفف من مقاومة المريض للتحدث عن مشكلاته التى قد لا يبوح بها أو يناقشها فى جلسات العلاج الفردى ، وذلك عندما يكتشف أن غيره من أعضاء الجماعة يشاركونه نفس المشكلات ، ويحسن هنا أن تبدأ المسألة ، مناقشة عامة غير موجهة وغير شخصية تندرج بعد إطمئنان المرضى إلى مشاركة أقرانهم لهم فى مشكلاتهم إلى الحديث عن أنفسهم وتناول مشكلاتهم الشخصية بالتفصيل .

- التفريغ الانفعالى وتكوين علاقات اجتماعية جديدة ، حيث يجد المريض فى المعالج وأعضاء الجماعة سنداً وجدانياً ومجالاً لتفريغ شحناته الإنفعالية وحيث تهيئ له الجماعة مجالاً تتأثر فيه نظرته إلى الناس والمجتمع ، ويكتسب فيه القدرة على تكوين علاقات اجتماعية جديدة مثمرة .

- التوافق الإجتماعى : حيث يميل كل عضو من أعضاء الجماعة . حرصاً منه على إشباع جوعه الاجتماعى إلى أن يتخفف من أنانيته وتمركزه حول ذاته ، وأن ينتظم مع الجماعة حتى يظفر منها بالقبول والتقدير ، ويشبع حاجته إلى الانتماء وعضوية الجماعة ، وهنا تكفل الجماعة العلاجية إمداد الأعضاء بالخبرات التى تفيد فى تعليمهم أو إعادة تعليمهم الوسائل المفيدة فى التوافق الاجتماعى .

- الاستبصار الجديد ، حيث تهيئ الجماعات العلاجية للمريض رؤية جديدة لنفسه ولمشكلاته ، إذ تعتبر الجماعة بمثابة مرآة يرى فيها نفسه كما يرى فيها غيره أيضا فيرى من هم أسوأ حالاً فيهدأ روعة ويخفف إحساسه بخطورة حالته ، ويزداد عنده الأمل فى الشفاء ، كذلك فإن وجوده إلى جانب من هم أحسن منه حالاً يساعده على تقييم مشكلته ووضعها فى موضعها الصحيح ، وتؤدى المناقشات الجماعية إلى حدوث إستبصار جديد ورؤية جديدة أكثر وضوحا تهد المفاهيم الخاطئة لدى هذا المريض *(حامد زهران ، ١٩٧٨ ، ٢٠٩ - ٢١٠)*

الأسلوب الإحصائي المستخدم :

للتحقق من صحة فروض الدراسة إستخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية :-

$$\text{الدرجة التائية} = \frac{\text{القيمة - المتوسط الحسابى}}{\text{الانحراف المعيارى}} \times ١٠ + ٥٠$$

معامل ارتباط بيرسون لحساب ثبات المقاييس المستخدمة فى الدراسة .

$$ر = \frac{\text{ن مجـ س ص} - \text{مجـ س} \times \text{مجـ ص}}{\sqrt{[\text{ن مجـ س}^{٢} - (\text{مجـ س})^{٢}] \times [\text{ن مجـ ص}^{٢} - (\text{مجـ ص})^{٢}]}}$$

$$\text{معامل الثبات بطريقة سبيرمان - وبروان} = \frac{٢ \times ر}{١ + ر}$$

اختبار (ت) T. test لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات مجموعتى الدراسة وحيث إن المجموعتين متساويتين من حيث العدد فقد استخدم الباحث القانون التالى :-

$$ت = \frac{م_{١} - م_{٢}}{\sqrt{\frac{ع_{١}^{٢} + ع_{٢}^{٢}}{ن - ١}}} \quad \text{درجة الحرية} = ٢ن - ٢$$

ولمعرفة الفروق القائمة بين درجات العينة الإكلينيكية على المقاييس المستخدمة فى الدراسة قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى فقد استخدم الباحث القانون التالى :-

$$ت = \frac{م\ ف}{\sqrt{\frac{مجـ ح^{٢}\ ف}{ن\ (ن - ١)}}}$$ درجة الحرية = ن - ١

نسبة ف لحساب التجانس بين مجموعتى الدراسة :-

$$نسبة\ ف = \frac{التباين\ الكبير}{التباين\ الصغير}$$

(فؤاد البهى السيد ، ١٩٧٩)

التحليل العاملى مستخدما نظام S. P. S. S. بالكمبيوتر .

الفصل الخامس
النتائج ومناقشتها

* أولا : بالنسبة للدراسة التجريبية .
* ثانيا : بالنسبة للدراسة الإكلينيكية .

النتائج ومناقشتها :

أولا : بالنسبة للدراسة التجريبية :

نتناول فيما يلى نتائج الدراسة التجريبية والتحقق من فروضها وذلك بأن يعرض الباحث الفرض فى البداية ، والطريقة الإحصائية لمعالجته ، ثم النتائج الإحصائية ، يلى ذلك تفسير هذه النتائج ، وفى النهاية نصل إلى مدى تحقق الفرض من عدمه .

الفرض الأول : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الاكتئاب فى اتجاه ارتفاع الاكتئاب لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باتباع الخطوات التالية :

١ - حساب قيم متوسطات الدرجات والإنحرافات المعيارية التى حصل عليها مجموعة المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية حيث (ن ١ = ٦٠) مراهقا ومراهقة، والتى حصل عليها مجموعة المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية حيث (ن ٢ = ٦٠) مراهقا ومراهقة وذلك على مقياس الاكتئاب ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٣٤)

يوضح فروق المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

لدرجات مقياس الاكتئاب لدى مجموعتى الدراسة

الاكتئاب / أساليب الرعاية	المتوسطات الحسابية	الإنحرافات المعيارية
الأسر الطبيعية	٥٠,٥	٧,٠٧
المؤسسات الإيوائية	٦٢,٧١	٦,٣٤

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية أكبر من متوسطات درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية ، وذلك على مقياس الاكتئاب .

٢ – كما قام الباحث بحساب نسبة (ف) بين درجات مجموعتى الدراسة بالنسبة لمقياس الاكتئاب ، ويتضح ذلك من الجدول التالي :

جدول (٣٥)

يوضح نتائج تحليل التباين أحادى الاتجاه لدى مجموعتى الدراسة على مقياس الاكتئاب

مصدر التباين / الاكتئاب	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٤٤٧٢,٤	١	٤٤٧٢,٤	٤٧,٩٢	٠,٠١
داخل المجموعات	٥٤١٢,٦	٥٨	٩٣,٣٢		
الكلى	٩٨٨٥				

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية ، والمراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية على مقياس الاكتئاب حيث جاءت نسبة (ف) دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) .

٣ – كما قام الباحث بحساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعتى الدراسة بالنسبة لمقياس الاكتئاب باستخدام اختبار (ت) ، ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٣٦)

يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى ودلالة الفروق باستخدام اختبار (ت) لمجموعتى الدراسة على مقياس الاكتئاب

العينة / المقياس	مجموعة الأسر الطبيعية ن ١ = ٦٠		مجموعة المؤسسات الإيوائية ن٢ = ٦٠		قيمة ت	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى		
الاكتئاب	٥٠,٥	٧,٠٧	٦٢,٧٦	٦,٣٤	٩,٩٢	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية ، والمراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية على مقياس الاكتئاب ، حيث جاءت قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى ارتفاع الاكتئاب لدى المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية مقارنة بالمراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية .

تفسير نتيجة الفرض الأول :

تشير نتيجة الفرض الأول إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية فى الاكتئاب فى اتجاه ارتفاع الاكتئاب لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية حيث جاءت قيمة ت (٩,٩٢) دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ جدول (٣٦) وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه *(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨)* من أن الأزمات البيئية كالكوارث ، والأمراض المستعصية ، والطلاق ، والانفصال عن الوالدين تعتبر ذات أهمية بالغة فى حدوث الاكتئاب ، وذلك لأن الفرد عندما لا يجد تلبية للإرضاء المبكر لرغباته الجنسية ، وإشباع حاجته للحب ، فإنه يشعر بالغضب ، والكراهية ، والعداء نحو موضوع الحب ، ولكن هذا الغضب والكراهية يتحولان بفعل مشاعر الذنب ، إلى الداخل أى نحو الذات . *(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ٩٠ - ٩٧)* ، (*Freud, S., 1917, Pp 295 - 260*) مما يؤدى بالفرد إلى التقوقع داخل نفسه فيصبح رافضاً لكل البدائل التى قد تعوضه عن فقدان والديه ، فيسعى إلى الهروب معلنا عن هذا الرفض ، ويصبح سريع الاستثارة لأقل الأشياء ، وهذا بدوره يؤثر على الصحة العامة ، وينتابه الشعور بكراهية ذاته ، لأنه فقد من يهتم به فيشعر بضآلته ، وعدم قيمته وجدواه ، وهذا الشعور فى حد ذاته يؤرقه وينعكس ذلك فى صورة توجيه اتهامات قاسية نحو ذاته مما يؤدى إلى إحساسه بالإعاقة فى العمل وشعوره الذريع بالفشل نحو أى مطالب يقوم أو يكلف بها ، ومن ثم يصبح الفرد الذى يفقد والديه أو إحداهما بالموت عرضة للاكتئاب النفسى . *(رشاد عبد العزيز موسى ، ١٩٩٣ ، ٢٦٣)* . وهو ما أوضحه زيور « من أن فقدان الحب هو الموقف الأساسى الباعث على الاكتئاب سواء أكان الفرد لم يعد محبوباً أم لا يهمه أن يحب .. هكذا فإن انقطاع علاقة وثيقة متبادلة من الحب نجدها أساس كل حالات الاكتئاب »

(مصطفى زيور ، ١٩٨٢ ، ١٩)

فالحرمان فى السنوات الأولى من العمر وبخاصة فى المراحل المبكرة يؤدى غالباً مع البلوغ إلي هذا المرض النفسى أو ذاك العقلى ، وربما تؤدى إلى الانحراف وذلك فى تشكيله تباينات تحسمها طبيعة مراحل النمو . *(حسين عبد القادر محمد وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٣٠١)* .

لذلك يشير *(أوتو فينخل ، ١٩٦٩)* بأن الأشخاص الذين تكونت لديهم نتيجة خبرات الطفولة شخصيات ذات تبعية فمية يعجزون عن أن يعيشوا الإحباطات دون أن يستجيبوا لها بطريقة اكتئابية *(أوتو فينخل ، ١٩٦٩ ، ٨٠١)* ولذلك يسيطر على البناء النفسى لديهم حالة

من الحزن ، واليأس ، والسلوك المدمر للذات ، بجانب الإفراط فى تناول المخدرات ، والميل للانتحار والفشل المدرسى ، وعدم القدرة على المبادأة والمتابعة أثناء فترات التشاؤم حيث يرتبط هذا الاكتئاب بحاجاتهم إلى الحب والأمان اللذين يفتقدونهما نتيجة فقدان من كانوا يهتمون بهم ***(Rubarts, J., 1986, Pp.8-11), (Steinhauer, P., 1983,Pp. 73-75)***

كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه ***(Lee, J. & Park, A., 1978)*** من أن رد الفعل الاكتئابى الناتج عن الفقدان المبكر من الوالدين أصبح من الخصائص العامة الواضحة والبارزة للعديد من المراهقات اللائى وضعن فى بيوت الرعاية البديلة

(Lee, J. & Park, A., 1978, Pp. 516 - 527)

كما تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسات ***(رودلف ، Rudolph, B., 1997)*** ، ***(وليد محمد نجيب ، ١٩٩٦)*** ، ***(رشاد عبد العزيز موسى ، ١٩٩٣)*** ، ***(نلسون وبول ، Nelson, C. & Paul, V., 1993)*** ***(سهير كامل أحمد ، ١٩٩٢)*** ، ***(بارنس ، و بروسون، Barnes, G. & Proson, H., 1985)*** ، ***(جراى ، Gray, R., 1987)*** ، ***(رمون ، ١٩٨٢ Ramon, V., 1982)*** ، ***(هودج ، Hodges, J., 197)*** ، ***(مارون ، Marion, V., 1969)*** ، ***(كروك ، وراسكين Crook, T. & Raskin, A., 1975)*** من أن الأبناء ، الذين حرموا من العلاقات الأسرية الطبيعية بوجه عام كان مستوى الاكتئاب لديهم مرتفع وقد تمثلت أعراضهم الأساسية فى شعورهم بالحزن ، والقلق ، والخوف ، والرفض ، والهروب ، وسرعة الاستثارة ، وسوء الصحة العامة، وكراهية الذات ، واتهام الذات ، والإعاقة فى العمل ، والإحساس بالفشل ، وزيادة فى التبول اللاإرادى وعجز فى الأداء المدرسى ، كما أظهروا فقدان فى الشهية ، واضطراب فى النوم ، وفقدان العلاقات مع الاقران .

وتتفق هذه النتيجة مع ماأشارت إليه (النظرية التحليلية) بأن الاكتئاب يحدث نتيجة للإحباط وعدم الإشباع فى مراحل النمو الأولى ، وذلك عندما يصاب الفرد بفقدان عزيز أوخيبة أمل عند نضوجة . ***(أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٣٦٧ - ٣٦٨)***. إذ أن قوام الاستعداد المرضى لدى المكتئبين ارتباط شعورهم بوجودهم وقيمتهم ارتباطا وثيقاً بما يمنحونه أي أن لديهم حاجة ماسة إلى أن يكونوا موضع عطف وتقدير ، وعجز هؤلاء المرضى عن تحمل فقدان الحب ،

واحتمال مواقف الحرمان يدفعهم إلى العدوان بسهولة ، ولكن عدوانهم يتعطل كثيراً ، نظراً لخوفهم من فقدان محبة الآخرين لهم ، وعقدة الذنب لديهم ، ويميل هذا العدوان إلى الإرتداد على الذات *(دانييل لاجاش ، ١٩٥٧ ، ١٢٤)* .

كما تتفق هذة النتيجة مع ما أشارت الية (نظرية التهيؤ) من حدوث الاكتئاب نتيجة تعرض المرء لأحداث حياتية مؤلمة من قبيل فقدان الأم قبل سن الحادية عشرة ، فضلاً عن غياب الاحساس العاطفى الدافئ فى أى علاقة من شأنها مساعدة الفرد اجتماعياً . *(أحمد عكاشه ، ١٩٩٢ ، ٣٦٧ – ٣٦٨)* . فمثل هذه العوامل تعطى مؤشرات تعتبر كافية للإصابة بالاكتئاب لكون الذات فى هذه الحالة تستشعر الضعف *(عبد الله عسكر ، ١٩٨٨ ، ٥٠)* .

الفرض الثانى : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية (النظارية - الاستعراضية - السادية - المازوخية) فى اتجاه ارتفاع النزعات الغرزية الجزئية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

وينقسم الفرض الثانى إلى أربعة فروض فرعية تتمثل فى الآتى :

(أ) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد النظارية .فى اتجاه ارتفاع النظارية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

(ب) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد الاستعراضية .فى اتجاه ارتفاع الاستعراضية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

(جـ) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد السادية فى اتجاه ارتفاع السادية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

(د) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد المازوخية فى اتجاه ارتفاع المازوخية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

وللتحقق من صحة الفرض الفرعى (أ) المشتق من الفرض الثانى قام الباحث باتباع الخطوات التالية:

١ - حساب قيم متوسطات الدرجات والإنحرافات المعيارية التى حصل عليها مجموعة المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية حيث (ن١ = ٦٠) مراهقاً ومراهقة، والتى حصل عليها مجموعة المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية حيث (ن٢ = ٦٠) مراهقا ومراهقة على بعد النظارية ، ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٣٧)

يوضح فروق المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات بعد النظارية لدى مجموعتى الدراسة

النظارية / أساليب الرعاية	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية
الأسر الطبيعية	٤٢,٤٥	٧,٢٦
المؤسسات الإيوائية	٥٣,٠٣	٧,٦٧

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية أكبر من متوسطات درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية ، وذلك على بعد النظارية .

٢ – كما قام الباحث بحساب نسبة (ف) بين درجات مجموعتى الدراسة بالنسبة لبعد النظارية ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٣٨)

يوضح نتائج تحليل التباين أحادى الاتجاه لدى مجموعتى الدراسة على بعد النظارية

مصدر التباين / النظارية	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٣٣٥٧,٦	١	٣٣٥٧,٦	٢٩,٠٣	٠,٠١
داخل المجموعات	٦٧٠٦,٢	٥٨	١١٥,٦٢		
الكلى	١٠٠٦٣,٨				

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية ، والمراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية على بعد النظارية حيث جاءت نسبة (ف) دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) .

٣ - كما قام الباحث بحساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعتى الدراسة على بعد النظارية باستخدام اختبار (ت) ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٣٩)

يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى ودلالة الفروق باستخدام اختبار (ت) لمجموعتى الدراسة على بعد النظارية

العينة / البعد	مجموعة الأسر الطبيعية ن١ = ٦٠		مجموعة المؤسسات الإيوائية ن٢ = ٦٠		قيمة ت	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى		
النظارية	٤٢,٤٥	٧,٢٦	٥٣,٠٣	٧,٦٧	٧,٧٢	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية ، و المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية على بعد النظارية ، حيث جاءت قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى ارتفاع النظارية لدى المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية مقارنة بالمراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية.

تفسير الفرض الفرعى (أ) المشتق من الفرض الثانى :-

تشير نتيجة الفرض الفرعى (أ) المشتق من الفرض الثانى « أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد النظارية فى اتجاه ارتفاع النظارية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية حيث جاءت قيمة ت (٧,٧٢) دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ جدول (٣٩) وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه (*المانسى ، Almansi, R., 1979*) من أن فقدان الموضوع فى فترة جدًّ باكرة من الحياة يعد عاملاً هاماً وبارزاً فى تهيئة الفرد للإصابة بانحراف النظارية ، إذ أن الرغبة الملحة لمواصلة الاتصال البصرى بالموضوع ، وشموله بصرياً والاندماج معه يؤدى بدوره إلى زيادة شحنة الوظيفة البصرية التى تعد لاحقاً أساساً لتطور حالة النظارية نتيجة اصطباغها بطابع جنسى .

كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة (*رجان ، و ماك جلاس ، Ragan, P. & Mcglas . T., 1987*) . من أن الأبناء الذين فقدوا والديهم فى مرحلة الطفولة عانوا من الإنحراف الجنسى فى الكبر . (*Ragan, P. & Mcglas, T., 1987*) .

كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة (*المانسى ، Almansi, R., 1992*) . والتى توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين الخوف من فقدان الموضوع ، وتطور الميول التطلعية الجنسية لدى الفرد ، وذلك من خلال تحليلها لرواية الشباك الخلفى « لألفرد هتشكوك » .

وفى الوقت نفسه فإن (*المانسى ، Almansi, R., 1979*) . لا تجزم بأن فقدان الموضوع هو السبب الوحيد لحدوث النظارية ، فهناك العديد من العوامل المختلفة الى تلعب دوراً هاماً وبارزاً فى حدوثها من قبيل العوامل العضوية الأولية ، والمشكلات المتعلقة بالهوية الذاتية فضلاً عن العدوانية الشديدة تجاه موضوع الحب نظراً لتعرض الفرد وبخاصة فى السنوات المبكرة من العمر لصدمات صارمة من قبيل رؤية الفرد للأخوة الصغار وهم يرضعون من ثدى الأم ، وبخاصة إذا صاحب ذلك حدوث أي شكل من أشكال الحرمان فى العلاقة الأولية بينه وبين الأم .

ويتفق (*دويير ، Dwyer, M., 1988*) مع هذا الرأى فهو يشير بأن المرضى المصابين بالنظارية كانوا ذوى علاقات سيئة مع أبائهم ، بقدر ما كان لديهم خبرات جنسية صادمة فى مرحلة الطفولة المبكرة ، وينقصهم المهارات الإجتماعية والجنسية .

ويـتـفق (*أوتو فينخل* ، ١٩٦٩) مع وجهة نظر[٥] (*دويير* ، *Dwyer, M ., 1988*) وذلك على اعتبار أن النظاريون مثبتين على خبرات قد أثارت لديهم قلق الخصاء من مشاهد بدائية أو رؤية أعضاء إنسال الراشدين . (*أوتو فينخل* ، ١٩٦٩ ، ٦٣٣) إذ أنهم يتوحدون على نحو لاشعورى بالموضوع الذى يشاهدونه . (*سامية القطان* ، ١٩٨١ ، ٥٨) . وهنا تنشأ لدى النظاريين حالات من النشوة ، وقد تؤدى هذه الحالة من النشوة والولع بالنظر إلى الموضوعات إلى إزاحة اهتمام النظارى من أعضاء الإنسال إلى أنشطة اللذة التمهيدية والقبل إنسالية ، وقد تكشف الرغبة النظارية عن دلالة سادية تتمثل فى إزاحة الاهتمام من التدمير (الإخصاء) إلى النظر لتجنب مشاعر الإثم والشعور بالذنب ، وكقاعدة عامة ، فإنهم يفشلون فى ذلك ، حيث يكتسب النظر الدلالة اللاشعورية الأصلية . (*أوتوفينخل* ، ١٩٦٩ ، ٦٣٣) . وهو ما يؤدى بدوره إلى ترسب العقدة الأوديبية لديهم (*المانسى* ، *Almansi, R., 1979*) نظرا لأن موضوع توحدهم الدائم هو الأم ، والذى يرجع إلى طبيعة التنشئة المبكرة التى يمر بها الطفل المحروم من الوالدين وبخاصة الذكور داخل المؤسسة الإيوائية فهو لا يتعامل فى أغلب يومه إلا مع الإناث من المربيات اللاتى يمثلن مصدراً أساسياً من مصادر السلطة ، وبذا تكتسب إلى جانب أمومتها صفات إيجابية وسلطاوية . (*نيفين زيور* ، ١٩٨٩) .

وللتحقق من صحة الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الثانى قام الباحث باتباع الخطوات التالية:

١ - حساب قيم متوسطات الدرجات والانحرافات المعيارية التى حصل عليها مجموعة المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية حيث (ن١ = ٦٠) مراهقاً ومراهقة، والتى حصل عليها مجموعة المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية حيث (ن٢ = ٦٠) مراهقا ومراهقة فى بعد الاستعراضية ، ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٤٠)

يوضح فروق المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

لدرجات بعد الاستعراضية لدى مجموعتى الدراسة

الاستعراضية / أساليب الرعاية	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية
الأسر الطبيعية	٣٩,٥٨	٩,٥٤
المؤسسات الإيوائية	٤٥,١	١٠,٥٨

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية أكبر من متوسطات درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية ، وذلك على بعد الاستعراضية .

٢ – كما قام الباحث بحساب نسبة (ف) بين درجات مجموعتى الدراسة بالنسبة لبعد الاستعراضية ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٤١)

يوضح نتائج تحليل التباين أحادى الاتجاه لدى

مجموعتى الدراسة على بعد الاستعراضية

مصدر التباين / الاستعراضية	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٩١٣,٢	١	٩١٣,٢	٤,٣٤	٠,٠٥
داخل المجموعات	١٢١٨٣,٦	٥٨	٢١٠,٠٦		
الكلى	١٣٠٩٦,٨				

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية ، والمراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية على بعد الاستعراضية حيث جاءت نسبة (ف) دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) .

٣ - كما قام الباحث بحساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعتى الدراسة على بعد الاستعراضية بإستخدام اختبار (ت) ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٤٢)

يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى ودلالة الفروق باستخدام اختبار (ت) لمجموعتى الدراسة على بعد الاستعراضية

العينة / البعد	مجموعة الأسر الطبيعية ن١ = ٦٠		مجموعة المؤسسات الإيوائية ن٢ = ٦٠		قيمة ت	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى		
الاستعراضية	٣٩,٥٨	٩,٥٤	٤٥,١	١٠,٥٨	٢,٩٨	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية ، و المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية على بعد الاستعراضية ، حيث جاءت قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى ارتفاع الاستعراضية لدى المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية مقارنة بالمراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية .

تفسير الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الثانى :-

تشير نتيجة الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الثانى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد الأستعراضية فى اتجاه ارتفاع الاستعراضية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية . حيث جاءت قيمة ت (٢,٩٨) دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ جدول (٤٢) . وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه ***(روزن ، Rosen, 1964)*** من أن الفعل الاستعراضى قد يحدث نتيجة صدمات اجتماعية أو جنسية واضحة أو نتيجة فقدان أو حدوث خيبة أمل ***(Eysenck, H., 1972, P. 148)*** بقدر ما تعد الاستعراضية وسيلة دفاعية يلجأ إليها بعض المرضى بالاكتئاب ، والخوف من فقدان الهوية .

(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤ ، ٢٨٧)

كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه ***(موهر وآخرون Moher, et al, 1964,)*** من تزايد السلوك الاستعراضى لدى الأبناء الذين يعانون من مشكلات نفسية من قبيل غياب الآباء عنهم لفترات طويلة مما يؤدى بدوره لوجود مشاعر سلبية لدى الأبناء تجاه أبائهم ***(Eysenck, H., 1972, Pp.148 - 149)*** إذ يعتريهم شعور بالعار مع فقدان القدرة على التحكم فى دوافعهم ، ويرجع ذلك لعدم حل عقدة أوديب لديهم فضلاً عن عقدة الخصاء . ***(سعد جلال ، ١٩٨٦ ، ٤٢٠)*** وهذا بدوره يؤدى إلى شعورهم بالاكتئاب وتأنيب الضمير بعد إنتهائهم من السلوك الاستعراضى تجاه أفراد الجنس الآخر .

(Oliven, J., 1974, P. 470)

إذ أن شخصية المستعرض عادة ما تكون من النوع القاصر بقدر ما تكون لديه ميول سادية ومازوخية ، فالأثر الذى يخلفه فى الضحية يشبع فيه ساديته والشعور بالذنب الذى يحتدم به بعدما يرضى فيه مازوخيته . ***(عبد المنعم الحفنى (جـ) ، ١٩٩٢ ، ٧٦٣)*** . وكأن هناك موازنة وظيفية بين الاستعراضية والتعبير عن العدوان ، وقد تم استمداد ذلك من الحقيقة التى تقر إمكانية التعامل بصورة غير مباشرة مع الجانب الجنسى للمرضى ، وذلك من خلال مناقشة عدوانهم . ***(Eysenck, H., 1972, P. 165)*** .

فالاستعراضية من الأفعال العدوانية التى يزاح فيها الدافع من الجنس إلى العدوان ، ويتخذ شكل السلوك الجنسى العدوانى وذلك لارتباطها بالموقف الأوديبى لدى بعض المرضى ***(عبد المنعم الحفنى (جـ) ، ١٩٩٢ ، ٧٦٦)***

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه (جيل ، *Gil, E., 1982*) من أن الأبناء الذين يتلقون الرعاية خارج بيئتهم الطبيعية غالباً ما يكونون منحرفين ومهملين ، ولديهم ميول عدوانية وميول لسوء السلوك الجنسى . (*Gil, E., 1982, Pp. 7 - 10*) إذ أنهم يفتقرون القدرة على إرجاء أو إعاقة توترهم الانفعالى ، فهم يقومون بتفريغه فى الحال من خلال أفعال سلوكية تتسم بالإندفاع والتهور من قبيل قيامهم بالعلاقات الجنسية المشوهة مما يجعلهم عرضه للصدمات والسلوكيات التدميرية . (*Steinhauer. P., 1983, P. 75*) ، (*جون بولبى ، ١٩٨٠ ، ٦٥*) . وهذا بدوره يؤدى إلى معاناتهم من شعور عقابى بالإثم ، لكنه غير فعال وذو تأثير محدد فى التحكم فى سلوكهم ، ويدل هذا فى حد ذاته على صراع داخلى حاد ، ونقص فى احترام الذات ، إذ ينحصر إهتمامهم فى محاولاتهم النشيطة فى التلاعب بالناس والأحداث حولهم لفرض المصلحة الشخصية ، وسعيهم للحصول على اللذة والمتعة يؤدى بهم إلى عدم الإشباع ، فهم يرغبون ولكنهم لا يجدون ، ذلك الإتجاه يتطلب منهم أن يكبتوا دوافعهم التلقائية الحمقاء لدرجة كافية ، وهذا يجعلهم مشدودين مجهدين ، وبلا راحة أو سلام مع أنفسهم لأنهم غير قادرين على التعرف على الدفء والعون الإنسانى اللذين يريدونهما بشكل حاد وغامض. (*جون بولبى ، ١٩٩١ ، ٢٤٥*) .

حيث تشير التجارب الإكلينيكية إلى أن الغالبية العظمى من الاستعراضيين يعانون من صعوبات فى التعبير عن ذواتهم بطريقة مناسبة فى فترة المراهقة ، ويبدو ذلك فى الصراع القائم بينهم وبين أمهاتهم لذا فهم يفضلون الانسحاب نحو ذواتهم بدلاً من ذلك ، وهذا بدوره يجعل ردود أفعالهم نحو الفتيات والمراهقات بوجه عام مبنى على الخوف من أى علاقة معهم ، لأنها ستكون بمثابة تكرار لتلك التى حدثت مع الأم*، لذا يسيطر عليهم شعور بأن أى اتصال جنسى مع الفتيات يجب أن يكون من مسافة آمنة حتى لا تتحكم الفتيات فى أعضائهم التناسلية ، وإن كان هذا الشعور فى الوقت نفسه يعد بمثابة دفاع ضد خوفهم من قلق الخصاء . (*Evans, J., 1982 , Pp. 281 - 282*) .

ونتيجة لذلك تظهر عليهم علامات التمركز حول الذات ، والميل إلى الابتعاد عن الرفاق ، كما أنهم يجدون صعوبة بالغة فى إقامة علاقات التواد والاتصال ، ولذلك لا يكون لهم عادة أصدقاء وهم لا يرغبون حتى فى تكوين صداقات بقدر ما تكون لديهم القابلية لاكتساب مظاهر سلوكية عدائية . (*عبد الهادى الحوات وآخرون ، ١٩٨٩ ، ٩١*) نظراً لعدم نضج القدرة الشعورية

لـديهم لخـبرة الذنب المناسب . (*Steinhauer, P., 1983, P. 75*) . فهم يوجهون كل الحب لأنفسهم ، ويصبون كل عدوانهم للخارج . (*Smith, L., 1975, P. 252*) .

كما تتفق هذه النتيجة مع ما توصـلت إليه دراسـات (***سوندرز ، و أواد ، Saunders, E., & Awad, G, 1992***) (***دويير ، Dwyer , M., 1988***) ، ***(جمال شفيق احمد، ١٩٨٦)*** . من أن الحرمـان الوالدى فى كافة أشكاله يلـعب دوراً هـاماً وبارزاً فـى ارتكاب المراهقين للانحرافات الجنسية وبخاصة السلوك الاستعراضى .

كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه مدرسة التحليل النفسى بأن فقدان الوالدين وبخاصة الأب يثير فى نفس الطفل شعوراً بالأثم نتيجة لمشاعره ورغبة الطفل فى الاستحواز على مكانة الأب ، وقد يدفعه هذا الشعور بالأثم إلى السعى لعقاب نفسه عن طريق إثارة السلوك المضاد للمجتمع ، ولهذا نجد أن غياب الوالدين وبخاصة الأب عامل مهم فى تكوين ونمو السلوك الشاذ والانحرافات الخلقية مثل الأعمال الاجرامية ، والتخريبية .

(سعد المغربى ، ١٩٦٠ ، ١٠١ – ١٠٥)

وللتحقق من صحة الفرض الفرعى (جـ) المشتق من الفرض الثانى قام الباحث باتباع الخطوات التالية:

١ - حساب قيم متوسطات الدرجات والانحرافات المعيارية التى حصل عليها مجموعة المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية حيث (ن١ = ٦٠) مراهقاً ومراهقة، والتى حصل عليها مجموعة المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية حيث (ن٢ = ٦٠) مراهقا ومراهقة على بعد السادية ، ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٤٣)

يوضح فروق المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

لدرجات بعد السادية لدى مجموعتى الدراسة

السادية / أساليب الرعاية	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية
الأسر الطبيعية	٤٥,٧٨	٦,٢٢
المؤسسات الإيوائية	٥٥,٠٠	٧,٣٥

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية أكبر من متوسطات درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية ، وذلك على بعد السادية .

٢ - كما قام الباحث بحساب نسبة (ف) بين درجات مجموعتى الدراسة بالنسبة لبعد السادية ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٤٤)

يوضح نتائج تحليل التباين أحادى الاتجاه لدى مجموعتى الدراسة على بعد السادية

مصدر التباين / السادية	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٢٥٥٠	١	٢٥٥٠	٢٦,٥٥	٠,٠١
داخل المجموعات	٥٥٦٩,٨	٥٨	٩٦,٠٣		
الكلى	٨١١٩,٨				

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية ، والمراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية على بعد السادية حيث جاءت نسبة (ف) دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) .

٣ - كما قام الباحث بحساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعتى الدراسة على بعد السادية باستخدام اختبار (ت) ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٤٥)

يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى ودلالة الفروق باستخدام اختبار (ت) لمجموعتى الدراسة على بعد السادية

العينة / البعد	مجموعة الأسر الطبيعية ن١ = ٦٠		مجموعة المؤسسات الإيوائية ن٢ = ٦٠		قيمة ت	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى		
السادية	٤٥,٧٨	٦,٢٢	٥٥,٠٠	٧,٣٥	٧,٣٧	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية ، و المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية على بعد السادية ، حيث جاءت قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى ارتفاع السادية لدى المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية مقارنة بالمراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية.

تفسير الفرض الفرعى (جـ) المشتق من الفرض الثانى :-

تشير نتيجة الفرض الفرعى (جـ) المشتق من الفرض الثانى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد السادية في اتجاه ارتفاع السادية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية حيث جاءت قيمة ت (٧,٣٧) دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ جدول (٤٥) . وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه (***هارلوك ، Hurlock, H, 1983***) من أن الحرمان الوالدى يؤدى إلى تغيرات جذرية فى نمط حياة الأبناء ، فقد يصل بهم الأمر إلى الجنوح والعدوانية الزائدة .(***Hurlock, H., (A), 1983, P. 508***) وذلك لعدم قدرتهم على حفظ الأدوار والقوانين ، ونقص الشعور بالإثم، وإشتهاء المحبة ، فضلاً عن عدم قدرتهم على إقامة علاقة دائمة ومستمرة مع الآخرين نظراً لحرمانهم الباكر من العلاقة بالوالدين . (***Mussen, P., 1983, P. 782***) .

كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه (***جون بولبى ، ١٩٨٠***) من أن جميع من تعاملوا مع هؤلاء الأبناء قد تعودوا على ملاحظة نزواتهم الجامحة وكراهيتهم ضد الوالدين الذين هجروهم ، وهذا هو سبب العدوان السيئ ، وانحراف السلوك لديهم تجاه الآخرين .

(جون بولبى ، ١٩٨٠ ، ٨٥ - ٨٦)

فالحرمان الوالدى ينتج عنه شعور بعدم الأمان ، ويزيد من روح الطفل العدائية ، ويزكى ازدواجية شعوره نحو الناس والأشياء ، ويتدخل فى تطور أناه ويدخله عالماً من الشقاء فى سن لا يكون فيه الطفل مستعداً أو ناضجاً لتجربته ، وقد يصيبه بالعديد من الأمراض النفسية .
(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤ ، ٢٠٨ - ٢٠٩)

وهو ما أوضحه المحللون النفسيون من أن الاختفاء الوالدى فى مرحلة الطفولة المبكرة يرتبط بنمو الشخصية السيكوباتية عند البلوغ . (***Marion, V., 1969***) . حيث يبعث الحرمان المبكر المستمر فى نفس الطفل شعوراً بعداء العالم له ، وخلوه من الشعور بالسعادة ومن ثم يتخذ الطفل من العدوان السافر وسيلة يستعيد بها إثبات وجوده ، وانتزاع حقه بيده من هذا العالم (***سعد المغربى ، ١٩٦٠ ، ١٨٠***) . ونتيجة لذلك فإن الطفل المحروم من والديه يفقد قدرته على إقامة علاقات ودية ، وعلى توحيد نفسه بأناس محبوبين ، ويقابل ما يقدم له من العلاج بالمقاومة ، ويصبح منذ ذلك الحين ذئباً وحيداً يتبع غاياته دون اعتبار للآخرين ، ولكن رغبته فى

الحب ، على الرغم من أنها مكبوتة ، تظل مستمرة ، وتظهر فى سلوك كالعلاقات الجنسية الشائعة أو سرقة ممتلكات الآخرين ، كذلك تظل مشاعر الإنتقام مستمرة وتؤدى به إلى أفعال أخرى مضادة للمجتمع . (*جون بولبى ، ١٩٥٨ ، ٦٥*)

وتتفق هذه النتيجة مع النظريات التى لا تؤمن بأن السادية مجرد انحراف جنسى بقدر ما هى تعويض للعجز عن الحب والذى يتم تعويضه على شكل قوة أو إيذاء أو سيطرة على الآخرين . (*Kleinmunty, B., 1980, P. 350*) فلا يوجد سادى إلا وهو يعانى من الجوع الانفعالى ، وهو دائما يحتاج إلى مشاهد تغذيه انفعالياً ، وهى مشاهد خاصة به ، يستطيع فيها أن يوجه كراهيته لشخص ما من محيطه إلى أشخاص آخرين كبدائل لهذا الشخص ، وفى كل الأحوال فإن السادى ينقل ساديته إلى موضوع أخر خلاف الموضوع الأصلى الذى يكرهه . (*عبد المنعم الحفنى (جـ) ، ١٩٩٢ ، ٥٣٥*) . وعلى هذا يكون هدف السادى ليس التدمير ، بل هدفه هو الإيلام ، واستسلام الهدف بلا دفاع ، وهو ما يستمتع به السادى ، ومن النادر أن يقبل السادى تدمير الهدف أو وفاته ، ولكنه غالباً ما ينتهى به الأمر إلى ذلك ، وإلى شعوره هو بالذنب . (*Sternback, O., 1975, P. 328*) . فالسادية تؤدى وظيفتها ، هادفة إلى استرداد صورة الذات المنهارة .

(*Stolorow., R., 1975, P. 446*)

فالسادية بقدر ما هى باعثة للذة ، بقدر ما تكون باعثاً للطمأنينة ضد المخاوف المكبوتة بعامة، ومخاوف الخصاء بخاصة ، فما الخصاء الموجود فى العمل السادى إلا خصاءً رمزياً وليس واقعياً ، وهو ما يؤكد على أن مخاوف السادية لا أساس لها فالسادى يحاول أن يرغم ضحيته أن يحبه ، وما هذا الحب إلا تعبير عن السماح والغفران مما يزيل مشاعر الذنب لديه (*Campbell, R., 1989, P. 694*)

حيث يشعر الفرد السادى بالإحباط والنبذ من قبل الآخرين ومن ثم يبحث عن سلوك عدوانى يعوض به مشاعر القوة ، ومثل هؤلاء الأفراد يعبرون عن الكراهية والميول السادية بأساليب مختلفة بجانب الجنس . (*Coleman, J., 1956, P. 384*)

من قبيل القيام بتعذيب الآخرين سواء بتوجيه عدوان مادى إليهم كالضرب ، والوخز ، والعض ، والتشويه أو بتوجيه عدوان معنوى كالتقليل من شأن الآخرين ، وإحباطهم ، وإذلالهم

واحتقارهم ، واستغلالهم ، وعدم مراعاة مشاعرهم أو كرامتهم أو ضرب مصالحهم أياً كانت . وقد لا يعدو أن يكون الألم فى بعض الأحيان مجرد افتعال ، وقد يكتفى السادى بمشاهدة الألم، ولكنه عادة ما ينسب فيه ذاته . ***(فرج عبد القادر طه وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٣٧٩)، (كمال دسوقى ، ١٩٩٠، ١٢٩٧) ، (Reber, A; 1985, P. 657) ، (سيجموند فرويد، ١٩٦٣، ١٨٣)***

كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه ***(Schaty, M., et al ., 1991)*** . من أن المراهقين الذين يعيشون مع أسر بديلة أو يتلقون رعاية اجتماعية خاصة نتيجة فقدان الوالدين كانت لديهم مشكلات سلوكية تمثلت فى القلق ، والعدوان ، وتأخر النمو الشعورى ، والمشاكل مع السلطة ، بقدر ما كان لديهم ضعف فى العلاقات الاجتماعية مع الآخرين نتيجة ضعف علاقات الاتصال بين الوالدين البدلاء والمراهقين ***(Schaty, M.,et al., 1991,P. 217)***

فالدفعات العدوانية تسيطر على البناء النفسى لديْهم على نحو يشير إلى تفكك الغرائز وعدم إندماجها حيث تنحسر دفعات الحب الليبيدية التى لا تجد موضوعات تستثمرها فى الذات وتتبادلها معها مما يوضح مدى أهمية وجود الوالدين فى حياة الأبناء ودورهم الذى يتجلى فى تغليب الجوانب الليبيدية على الجوانب العدوانية التدميرية من خلال التبادل الجدلى ، والحوار الديالكتيكى بين الذات (المراهق) ، والموضوع (الوالدين) ***(إيمان القماح ، ١٩٨٣ ، ١٨٠)*** .

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسات ***(نيفين زيور ، ١٩٨٩) ، (بدرينة محمد العربى ، ١٩٨٨) ، (رجـان ، وماك جلاس ، Rogan , P. & Mcglas, T., 1987)، (إيمان القماح ، ١٩٨٣)، (بوهمان ، Bohman, S., 1979)*** . من أن الأبناء المحرومين من الوالدين لديهم مشاعر عدوانية شرسة تجاه الموضوع الذى هجرهم ، بقدر ماكثرت لديهم الاستجابات السادية الشرجية وهو ما يشى على المستوى اللاشعورى إلى محاولة كسب عطف وحب الوالدين إليهم كما اتسمت علاقاتهم بالآخرين بالتباعد الوجدانى ، والتوتر ، والشكوك ، وعدم الإستقرار ، والمخاوف ، والعدوانية ، بقدر ما ظهرت لديهم ميول عدائيه تجاه المجتمع من قبيل الخروج عن القانون وعدم مراعاته .

وللتحقق من صحة الفرض الفرعي (د) المشتق من الفرض الثاني قام الباحث باتباع الخطوات التالية:

١ – حساب قيم متوسطات الدرجات والانحرافات المعيارية التى حصل عليها مجموعة المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية حيث (ن١ = ٦٠) مراهقاً ومراهقة، والتى حصل عليها مجموعة المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية حيث (ن٢ = ٦٠) مراهقا ومراهقة على بعد المازوخية ، ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٤٦)

يوضح فروق المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

لدرجات بعد المازوخية لدى مجموعتى الدراسة

المازوخية / أساليب الرعاية	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية
الأسر الطبيعية	٤٨,٢٥	٦,٨٧
المؤسسات الإيوائية	٦٤,٦	٦,٨٨

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية أكبر من متوسطات درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية ، وذلك على بعد المازوخية .

٢ - كما قام الباحث بحساب نسبة (ف) بين درجات مجموعتى الدراسة بالنسبة لبعد المازوخية ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٤٧)

يوضح نتائج تحليل التباين أحادى الاتجاه لدى

مجموعتى الدراسة على بعد المازوخية

مصدر التباين / المازوخية	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٨٠١٩	١	٨٠١٩	٨١,٨٤	٠,٠١
داخل المجموعات	٥٦٨٣,٢	٥٨	٩٧,٩٨		
الكلى	١٣٧٠٢,٢				

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية ، والمراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية على بعد المازوخية حيث جاءت نسبة (ف) دالة إحصائياً عند مستوى (٠١,) .

٣ - كما قام الباحث بحساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعتى الدراسة على بعد المازوخية باستخدام اختبار (ت) ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٤٨)

يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى ودلالة الفروق باستخدام اختبار (ت) لمجموعتى الدراسة على بعد المازوخية

العينة / البعد	مجموعة الأسر الطبيعية ن١ = ٦٠		مجموعة المؤسسات الإيوائية ن٢ = ٦٠		قيمة ت	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى		
المازوخية	٤٨,٢٥	٦,٨٧	٦٤,٦	٦,٨٨	١٢,٩٧	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالةإحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية ، و المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية على بعد المازوخية ، حيث جاءت قيمة (ت) دالة إحصائياًعند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى ارتفاع المازوخية لدى المراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى المؤسسات الإيوائية مقارنة بالمراهقين والمراهقات الذين يتلقون الرعاية فى أسرهم الطبيعية.

تفسير الفرض الفرعى (د) المشتق من الفرض الثانى :-

تشير نتيجة الفرض الفرعى (د) المشتق من الفرض الثانى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية فى بعد المازوخية فى اتجاه ارتفاع المازوخية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية حيث جاءت قيمة ت (١٢,٩٧) دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ جدول (٤٨) . وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه (***شارلز شيفر ، هوارد ميلمان ، ١٩٨٩***) . من أن الأطفال الذين لم يحصلوا على الرعاية الأساسية التى تمكنهم من الشعور بأنهم مرغبون وآمنون نفسياً قد طوروا شعوراً بعدم الجدارة ، ولذا يظهر لديهم نمط السلوك القائم على معاقبة الذات لأنها سيئة وغير محبوبة . كما أنهم يشعرون بأنهم لا يستحقون أن يكونوا سعداء وبالتالى تصبح الكآبة هى طريقتهم الطبيعية فى الحياة . (***شارلز شيفر ، هوارد ميلمان ، ١٩٨٩ ، ١٦٦ - ١٦٨***) .

وبالتالى لا يكون لهم أصدقاء ومن المتوقع أن يكونوا فى كبرهم غير مبالين ولا يظهرون عطفاً أو اهتماماً بالآخرين ، وسطحيين وكثيرين المطالب ، يحتاجون للعلاج ، ونرجسيين فى معاملتهم للآخرين ، كما أنهم يعرضون أنفسهم للأذى والألم . وللإضطرابات الجسمية والسيكوسوماتية التى تظهر مؤخراً فى حياتهم ، وإذا استثمر هؤلاء الأطفال طاقتهم على المستوى الخيالى فإن العالم الخيالى لديهم يصبح أكثر أهمية من العالم الخارجى الواقعى وهذا بدوره يؤدى إلى ازدياد عمليات الإشباع لديهم على المستوى الخيالى دون المستوى الواقعى ودون الاعتماد على الآخرين وبجانب ذلك نجدهم يظهرون اكتئاباً مزمناً ، ويتصل هذا الإكتئاب بحاجتهم إلى الحب والأمان اللذين يفتقدونهما وهو ما يؤدى بدوره لدى المراهقين إلى شعورهم بالوحدة النفسية ، وإصابتهم بحالة من الخوف العارم ، واليأس ، والسلوك المدمر للذات والذى يتضمن الإفراط فى تناول المخدرات فضلاً عن ميلهم للانتحار نتيجة عدم قدرتهم على الاندماج العاطفى بالآخرين (***Steinhauer, P., 1983, Pp. 73 - 75***) حيث يتصور الطفل أن الناس تكرهه ولا تحبه وترفضه فيزداد ابتعاداً عنهم ، وربما تزداد كراهيته لهم فيقع فى أوهام ومخاوف قد تؤدى به عندما يكبر إلى المرض العقلى أو الاغتراب أو الانعزال فيخسر المجتمع ويخسر نفسه . (***عبد الهادى الحوات وآخرون ، ١٩٨٩ ، ٤٥***) .

كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسات (**نيفين زيور ، ١٩٨٩**) ، (**بدرينة محمد العربى ، ١٩٨٨**) ، (**مارشال ،** ***Marshall, O., , 1988***) ، (**جمال شفيق أحمد ، ١٩٨٦**) ، (**رجان ، وماك جلاس** ***Ragan, P. & Mcglass, T., 1987***) ، (**جيلين** ***Glenn, T., 1984,***) (**إيمان القماح ، ١٩٨٣**) ، (**بوهمان** ***Bohman, S., 1979***) من أن الأبناء الذين تعرضوا لصدمات طفولية مؤلمة كانوا يعانون من ميول عدائية تجاه أنفسهم من قبيل افراطهم فى شرب الكحوليات نتيجة شعورهم بالذنب ، والقلق ، والدونية ، وانخفاض تقدير الذات ، وهو ما أدى بدوره لضعف تواصلهم مع الواقع والاخرين ، فالعالم الخارجى صارت موضوعاته مفزعة ومؤلمة بشكل واضح أدى إلى لجوئهم إلى واقع متخيل للتخلص من تلك الآلام العميقة التى يسببها فقدان الموضوع ، بقدر ما أعاقهم هذا الفقدان عن استخدام بعض الميكانيزمات والحيل الدفاعية على نحو ملائم فى مرحلة الطفولة مما أدى بدوره إلى نمو المازوخية لديهم .

كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه نظرية التحليل النفسى من أن المازوخية تنشأ نتيجة تعرض الفرد لصدمات مؤلمة فى مرحلة الطفولة المبكرة ***(Finell, J.,1992,P.261)*** وذلك عندما يتحول ميكانيزم التوحد بالمعتدى إلى عدوان نحو الذات ، وينتج عن ذلك ظهور نزعات تدميرية تتصل بحاجة الطفل إلى الانفصال ***(Nakakuki, M., 1994, P. 252)*** حيث يبدأ الطفل فى تصريف العدوان نحو ذاته نتيجة عجزه عن تصريفه نحو موضوعات خارجية . ***(Calerson, E., 1988, P. 372)*** . ويساعد فى ظهور هذه النزعة الخوف من الخصاء ، وهو ما يجعل النمو الداخلى للطفل ذو نمط مازوخى ، وهذا يؤدى بدوره لتكوين أنماط للشعور بإنهزام الذات ، وإحساسه بأنه ضحية ، بقدر ما يشعره بأن الآباء ممثلون لموضوعات ومشاعر الصد والإهمال ***(Nakakuki, M., 1994, P. 372)*** ويساعد على زيادة هذه المشاعر لجوء الفرد للعيش فى عالم المتخيل ، والبعد عن الواقع .

(Jack, N. & Kerry, N., 1991)

حيث تسيطر عليه الأوهام والخيالات المازوخية ، والتى تكون بمثابة ميكانيزم دفاع لرأب الخسارة التى تكبدها خلال مروره بالصدمة العاطفية فى المراحل المبكرة للنمو .

(Katy, R., 1992)

فالمازوخى لم يستطع قط أن يتغلب على الخيبات الأولى للحياة الطفولية ، ومن هنا كانت حاجته الدائمة والأكثر إلحاحاً من حاجة أى شخص آخر إلى أن يحب ، إلا أن هذه الحاجة تختلط لديه بحاجة إلى الألم ، فهو يرفض الحب بدون ألم بل ويطرحه جانباً أو يحوله إلى ألم ، وبما أن الخيبة قد وسمته بميسمها فإنه سيعمل على إستثارتها دوماً من جديد لأن هذه الخيبة المجددة تسمح له ، مثلما سمحت له فى الماضى العابر ، أن يعيش الحب فى الكراهية سوى أنها هذه المرة كراهية متقلبه عليه هو ذاته .. إذ أن الرابط الليبيدى بموضوع الحب (وبتعميم جميع الروابط الوجدانية) مجدول بوجه خاص من الكراهية ، ولكنها كراهية تسلك دوماً الطريق نحو ذاته ، وكأن موضوع الحب أو موضوعاته تتأذى به إلى أن يحب ذاته عن طريق كرهه لذاته » *(ساشاناخت ، ١٩٨٣ ، ٨٩)* .

ثانياً : بالنسبة للدراسة الإكلينيكية :

مقدمة :-

يرى الباحث أن ما يصف موضوعاً ما بأنه « علمى » هو امكانيه الوصول للنتائج التى تحل المشكلات . فبمجرد الوصول لنتيجة دون حل المشكلة تجعلنا نصف الموضوع بأنه ضرب من المعرفة وليس ضرباً من العلم . كما أن العلم لا يقف فقط عند حدود الرصد ، بل التفسير والتحليل أيضاً ، فلا يكفى أيضاً أن نصل للنتيجة ونصمت ، بل نضرب فى الأعماق وصولاً للعله الأولى ، وإذا كان هذا هو حال الباحث فى مجال الدراسات النفسية ، فعليه أن يدرك أن النتيجة ما هى إلا « بنيه » أي نسق من التحولات له قوانينه باعتباره نسقاً ، وأن هذا النسق يظل قائماً ويزداد بفضل الدور الذى تقوم به تلك التحولات نفسها وكذلك دور المحلل نفسه دون أن يكون من شأن هذه التحولات أن تخرج عن حدود النسق .

والقضية برمتها هنا تتصل بالعلاقات الداخلية الثابتة المتعلقة وفقا لمبدأ الكل على الأجزاء ، بحيث لا يمكن فهم أى عنصر من عناصر البيئة خارجاً عن الوضع الذى يشغله داخل تلك المنظومة الكلية الشاملة .

ولا يتأتى ذلك إلا إذا أدركنا ماذا يعنى الكلام ومإذا يعنى الصمت ، فلم يعد خافيا علينا أن من شأن دلالة الكلام والاستمتا ع أن تكشف لنا عن وجود أعماق زمنية يمكن أن نحدد أبعادها ونمسك بزمامها وهى أعماق ذلك الآخر الذى هو فى الأن نفسه حديث اللاشعور .

كما أن هناك جانبا تدفعنا الضرورة المطلقة لتناوله ، وهو ما يتصل بجانب اكلينيكى يتصل بتحليل العلاقة الطرحية ، والدفاعات والمقاومة وتحليل الأدوار والكشف عن اللاشعور بعامة ، وعلاقة المريض بالموضوعات وطبيعة هذه العلاقات ، وما يتصل بأبعاد الدلالة والمعنى التى تمكننا من فهم دراسة القوى التى حالت بين المريض وفهم واقعه الحياتى ومكبوتاته والعمليات الأولية لديه . ***(حسين عبد القادر محمد ، حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٢ ، ٢٣)*** .

وهو ما دفعنا منذ البدء بإجراء مقابلة اكلينيكية مع كل فرد من أفراد الجماعة العلاجية بهدف التعرف على شخصية المفحوص (المفحوصة) بغية تقديم خطة للعلاج ترتكز على حاجات المريض الفردية خاصة وأن العلاج الجماعى يوصى بذلك عندما يكون لدى المرضى مشكلات تتصل بالتفاعلات مع الأخرين .

الحـالة الأولى :

الاســـم: عماد

الســـن : ١٤ عاماً

النــوع : ذكر

مكان الإقامة : مؤسسة تربية البنين الإسلامية بمدينة المنصورة .

نتائج المفحوص على مقياس الاكتئاب
قبل تطبيق البرنامج العلاجى

الدرجة الخام	الدرجة التائية
٢٩	٧٢

نتائج المفحوص على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية
قبل تطبيق البرنامج العلاجى

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظارية	٢٨	٦٣
الاستعراضية	٣٢	٦٢
السادية	٣٣	٧٣
المازوخية	٢٥	٥٧

الشكوى الحالية (سبب الإيداع) :

(عماد *) مراهق يبلغ من العمر أربعة عشر عاماً وُجِد صغيراً أمام أحد المساجد ، وأودع بدار المساعى الخيرية إلى أن تم إلحاقة بمؤسسة تربية البنين الإسلامية بمدينة المنصورة بعد إتمامة السادسة من عمره ، وهو يقيم بها منذ ذلك الحين .

والمفحوص يشكو من سوء المعاملة التى يلقاها فى المؤسسة وإضطهاد المشرفين والمدير له حيث يشير المفحوص « كل اللى هنا بيضربوني عمال على بطال ... حتى المشرفين هما كمان بيضربونى ... وبيقولوا لى يا مؤسسة ... مش عارف هما بيعملوا كده ليه » . الأمر الذى تأدى به إلى التمرد على السلطة متمثله فى المشرفين ، وتحديها إذ يعتقد أن المشرفين يحاولون فرض وصايتهم عليه واضطهاده .

كما أشار المفحوص بأن بعض أقرانه يحاولون دائما الحصول على ممتلكاته فعلى حد قوله « بيسرقوا منى حاجتى ... ولما بقول للمشرف ... ما بيعملهمش حاجة » والمفحوص يتمنى الهرب من المؤسسة تلك التى يعامل فيها بأقصى أنواع العقاب وبخاصة العقاب البدنى « أنا بقى .. موتى وسمى اللى بيضربنى ... ده اللى يحكمنى عليهم ... ياللا معلهش » .

ويشير المفحوص بأنه قام بالهرب من المؤسسة غير أن الشرطة أعادته إليها ولكنه لم يستطع التكيف مع الأوضاع بداخلها فاتجه للهرب مرة ثانية غير أن الشرطة أعادته مرة أخرى وهو حالياً يتمنى الهرب من تلك المؤسسة « عارف أنا نفسى فى إيه ... نفسى ... إن أبويا وأمى يجوا يخدونى من هنا ... ولو ما جوش أنا هاهرب تانى » .

ويشير المشرفين بالمؤسسة إلى أن المفحوص لديه ميول عدوانية تخريبية شديدة دون أدنى شعور بالذنب لذلك ، إذ يطلق عليه فى المؤسسة لفظ « الرخم » وهو متمثل بكراهية شديدة تجاه الصورة الوالدية وبخاصة الأب والذى يعتبره مضطهده الأول تلك الكراهية التى ظهرت متمثله فى كراهيته لمديره بما يمثله من بديل للصورة الأبوية .

الأسرة واتجاه المفحوص منها :

بالطبع نحن نعرف أن المفحوص مجهول الهوية ليس له أسرة وعلى ذلك فقد حرم المفحوص من العيش فى كنف والدين طبيعيين يشبعون لديه الحب والدفء والأمن النفسى وبالطبع فإن

(*) كل الأسماء التى سنذكرها مثلها كمثل هذا الأسم إنما هى أسماء بديلة التزاماً منا بالنهج العلمى .

لذلك أثر بالغ على سلوك المفحوص وشخصيته حتى ولو أعطاه المشرفون فى المؤسسة ذلك الحب والأمن النفسى فإن ذلك لن يعوضه عن افتقاده للجو الأسرى الطبيعى الذى يسمح له بالنمو السوى ، مثله فى ذلك مثل بقية الأبناء ، وبخاصة أن علاقة المفحوص بالمشرفين علاقة سيئة تفصح عن نفسها من خلال مستدعياته « بيعاملونا وحش أوى ... وبيضربونا ، ولما أنت جيت قالوا لنا اللى هيقول فيكم إنكم مش مستريحين ... هيشوف إيه اللى هيحصله » .

أما عن علاقة المفحوص بأقرانه في المؤسسة فهى تفصح عن نفسها من مستدعيات المفحوص » إخواتى هنا بحبهم علشان هما حالهم زى حالى » .

وفيما يتصل بالصورة التي يرسمها المفحوص في ذهنه لوالديه رد ساخطاً « دول ولاد ... يعنى هما يجبونا ويرمونا ليه ... مش حرام عليهم ... دول لو شافوا اللى إحنا فيه ... كنا هنصعب عليهم ... بس دول ولاد ... قلبهم حجر وبالذات أبويا علشان هو السبب فى اللى أنا فيه دلوقتى .. لو ماكانش رمانى في الشارع ما كانش ده يبقى حالى ... لكن أمى غلبانه ... أصلها وليه ... لكن هوه راجل ... ومع كده رمانى فى الشارع ... لكن برضه أرجع وأقول نفسى أبويا وأمى ييجوا ويخدونى من هنا ... ولو ما جوش أنا ههرب بس النوبة دى مش راجع تانى خالص » .

الطفولة :-

يشير المفحوص إلى أنه كان طفلا مشاغبا فى صغره ، إذ يقول « أنا لما كنت صغير ... كنت شقى قوى ... كنت ساعات بلعب وأنا ماشى فى طريق العربيات ... كمان أنا فاكر أن أمى « يقصد هنا مشرفته » فى دار المساعى الخيرية ، كانت دايما بتزعق لى ... لما كانت تبعتنى أشترى حاجة حلوة ليه من جنب الدار ، فأنا كنت باروح ألعب مع العيال »

وقد إتضحت العدوانية لديه منذ الصغر « كنت بجيب بمصروفى كبريت وألسع العيال ... وساعات كنا بنولع فى الورق ونعمل حريقه » .

أما عن رضاعته وفطامه فهى بالطبع كانت غير طبيعية وحتى لو كانت الرضاعة طبيعية من الثدى فهو لم يحظ بالحب والحنان فى موقف الرضاعة والذى يستمده الطفل من أمه ، كما أننا نعتقد أن فطامه قد تم بطريقة قاسية بدائية أدت إلى نكوصه إلى المرحلة الفمية حيث تمثل ذلك فى قضمه لأظافره وبجانب ذلك فقد أنتهى المفحوص من تبليل الفراش عندما كان يبلغ من

العمر (٦) سنوات فعلى حد قوله كان يحصلى لغاية لما جيت المؤسسة هنا ... وكانوا بيضربونى قوى ... ومرة المشرفة قالت لى لو شخيت بعد كده هاحرقك بالنار » .

والمفحوص لا يذكر الكثير عن طفولته سوى « أمى » المشرفة كانت بتحبنى قوى ... عن كل العيال التانيين ... أصلى كنت وأنا صغير أتحب » ولعل فى هذا ما يشير إلى بنية نرجسية ظهرت جلية ، وبجانب ذلك فقد أشار المفحوص بأنه عاني من نوبات عصبية وهو ما يتضح عبر مستدعياته « كنت ساعات بعيط لساعات طويلة ... وساعات كنت بقوم من النوم مفزوع ، وبأفضل أعيط وقت طويل » وما الأعراض السابقة إلا تعبيراً عن معاناة المفحوص من الاكتئاب النفسى المصحوب بالإضطرابات السلوكية تجاه الأخرين .

سنوات التعليم :

يذكر المفحوص أنه التحق بالمدرسة وهو فى سن السادسة وكان شغوفا بها منذ البدء « كنت فرحان أوى لما عرفت إنى هاروح للمدرسة » ولقد كان للمفحوص عدد قليل من الأصدقاء فى المدرسة « كانوا بيحبونى ... وبيسمعوا كلامى ... وكانوا بيخافوا منى أوى ... أقول لهم نعمل كذا ينفذوا اللى بقوله ... كان فيه معانا فى الفصل عيال رخمه ... فكنت أنا وزمايلى بنفتح شنط العيال دى ... وناخذ منها السندوتشات والأقلام » .

ولقد كان المفحوص شغوفاً جداً بلعب الكرة وإن كان لا يمارسها فى الوقت الحالى إلا نادراً « أمال إيه ... ده أنا كنت بموت فى حاجة أسمها كورة ... ده أنا كنت حريف أوى ... بس دلوقتى معنتش بأقدر ألعب زى الأول بسبب رجلى من بعد الحادثة كمان أنا عنت بهبط بسرعة» وهو يزعم أنه كان زعيم لشلته تلك التى تنصاع لأوامره فى السراء والضراء « أه أنا كنت الريس ... ده لما كان حد من العيال يضرب واحد من شلتى ... كان يقول على نفسه يا رحمان يا رحيم ... كنت أروح أضرب الواد ده وما أسيبهوش إلا لما يستسمح صاحبى ... أصل إحنا بنحب بعض ... على الخير والشر مع بعضنا » .

أما عن مستواه الدراسي فقد ذكر لى المشرفين أنه متأخر دراسيا إلى حد ما وبجانب ذلك فها هو يذكر ضعفه الدراسي والذى يتضح عبر مستدعياته « أنا سقطت مرتين مرة فى سنة رابعة إبتدائى ومرة ثانية فى سنة أولى اعدادى ... أصلى زى ما قلت لك ما عنتش باحب المدرسة ... أنا عندى أموت بس ما أروحهاش ... أصل المدرسين بيضربونى ... وبيعيرونى ويقولوا لى يا مؤسسة لأنى ماليش لا أب ولا أم » .

العمل :

يذكر المفحوص أنه يعمل مكاريا « عربجى » على إحدى عربات الكارو ، وهو يعشق هذه المهنة كثيراً ، ولقد حاول المشرفين إقصاءه عنها إلا أن ذلك قوبل بالرفض من جانبه فهو يرى فيها « هيه شغلانه حلوة وشريفة .. وبعدين مكسبها كثير ... ده أنا بأخذ حوالى سته جنيه فى اليوم كمان مش شغلانه متعبه أوى » وبعدين أنا بشتغل أيام الأجازة بس ... لكن فى الدراسة بروح المدرسة ... أنا باخرج من الصبح بدرى ما برجعش إلا بعد العصر بساعة أو ساعتين ... ما هو انا لازم أرجع المؤسسة علشان آكل وأنام » وهو راضى تمام الرضا عن مهنته هذه غير أنه يقول « مش عارف ليه المشرفين هنا ... بيضيقونى ويقولولى فى حد برضه يبقى شغال عربجى ... مش عارف ليه ... هيه مش شغلانه كويسه وشريفه ... مش أحسن ما أصيع فى الشوارع ... والمعلم بتاعى بيحبنى قوى ... حتى أنا لما هربت من المؤسسة رحت أنام عنده » وقد اتضح لنا من خلال مستدعيات المفحوص وجود علاقة وثيقة بينه وبين معلمه تلك العلاقة التى يمكن أن تكون غير سوية .

الحوادث والأمراض :

يذكر المفحوص أنه مر بحادث إذ صدمته سيارة من قبل عند ما كان يبلغ من العمر تسعة سنوات ، وذلك إبان عملية هروبه الأولى من المؤسسة حيث كسرت قدمه اليسرى أسفل الركبة مباشرة « كنت فى حديقة الطفل اللى عند مصر للطيران ... وبعدين كنت عايز أركب ميكروباص ... قامت رجلى متزحلقة تحت عجل العربية ... اتكسرت رجلى الشمال ... ويومها إتخيطت ١٦ غرزة ... حتى يومها جه ضابط وخد أقوالى » .

كما أوضح المفحوص أن بطنه دائما تؤله « بطنى دايما بتوجعنى ... وساعات كثير بيجيلى إمساك » كما يذكر أنه يعانى دائما من الصداع إلى جانب نزيف أنفه فى كثير من الأحيان دون معرفة سبب لذلك وبجانب ذلك فقد تعرض المفحوص للوقوع من على سور سلم المؤسسة « كنت بتزحلق من على سور السلم ... السلم ده اللى هنا فى المؤسسة ... قمت وقعت من فوق ... وشي إتعور واتخيطت ست غرز ... زى ما إنتى شايف ... كمان إيدى اتكسرت وجبسوهالى » .

الحقل الجنسى :

تفتحت عينا المفحوص على الحياة الجنسية فى سن باكرة عندما كان يبلغ من العمر (٩) سنوات وذلك على اثر مشاهدته لاتصالاً جنسيا بين شاب وفتاة « لما هربت من المؤسسة أول مرة ... رحت أنام عند المعلم بتاعى فى كفر البدماص ... ونمت فى أوضه جنب الإسطبل ... وفى يوم قمت بالليل علشان ادخل الحمام لقيت واحد وواحدة لا مؤاخذة بيعملوا حاجات وحشه مع بعض » وبالرغم من ذلك فلم يفصح المفحوص عن أى خبرات بالنسبة له ، إذ أنه ينكرها بشدة وحزم لكنه سرعان ما يشير إلى وجود علاقات مثلية داخل المؤسسة « كان فيه اثنين فى المؤسسة هنا ... واد عنده ١٦ سنة ، والثانى عنده ١٣ سنة ... مسكوهم هما الاثنين فى الحمام وكانوا بيعملوا حاجات قلة أدب ... ودوا الواد الكبير الدفاع الاجتماعى » .

وقد استنكر المفحوص إيداع هذا الولد بمؤسسة الدفاع الاجتماعى « وده الدفاع ليه ... حرام عليهم ... ده كان واد طيب أوى » ولعل ذلك ما يشير إلى تعلق المفحوص بذلك الشاب بقدر ما يكشف عن عالمه الجنسى المثلى إذ خرجت مكبوتاته إلى حيز الشعور لتكشف عن بنائه المثلى .

وفيما يتصل بممارسته للاستمناء فقد انكرها فى البدء لكن سرعان ما ابتسم قائلا « آه ... مش هيه كدا ... أصلى أنا شفت الواد (...) وهو واقف جنب الحيطه وبيعمل كده ... فرحت عامل زيه »

كما أشار المفحوص بأنه قد شاهد بعض الصور الجنسية « أول مرة شفت فيها حاجة زى كده ... كان فيه واحد معانا فى المؤسسة ... جايب كوتشينه عليها صور عريانه ... وراهالى » وبجانب ذلك فقد بدأ المفحوص فى إدراك الفروق بين الجنسين فى سن (١٢) سنة وذلك من خلال جلوسه مع أحد زملائه فى المؤسسة والذى يبلغ من العمر (١٧) عاما والذى عرف من خلاله بأن عملية انجاب الأطفال تتم عن طريق الإتصال الجنسى بين الرجل والمرأة .

العادات والمعتقدات « موقفه من الحياة » :

يأمل المفحوص أن يصبح مكاريا يملك عربة وحصان « علشان أثبت لهم هنا أنى مش خايب وبافهم أحسن منهم » وقد ذكر المفحوص أنه يعمل منذ السابعة صباحا حتى الرابعة عصراً وللمفحوص عدد قليل من الأصدقاء يصل لحوالى (٥) أصدقاء وهو لا يقضى معهم الكثير من الوقت ويفضل على ذلك الجلوس بمفرده والانزواء وقد ذكرالمفحوص أنه مسلم وهو مقتنع تماما

تماما أن الدين الاسلامى هو أفضل الأديان جمعاء . وفيما يتصل بمدى ممارسته لشعائر عقيدته قال « أنا كنت بأصلى وأنا صغير ... بس دلوقتى ما بصليش ... أصل الشيطان بيغوينى ... وبيوسوس لى ويقول لى ما تصليش ... بس الشيطان ده هاييجى يوم القيامة وربنا هيسخطه ... أصله ابن كلب بيضحك على الناس »».

والمفحوص يذكر أنه لا يشرب الكحوليات وإن كان يدخن السجائر من حين لآخر « أول مرة شربت فيها سيجارة لما هربت أول مرة رحت عند جامع السنيين وشربت سجاير هناك » كما ذكر لي أنه قد تعاطي بعض الحبوب المخدرة ولكنها كانت لمرة واحدة فقط « واد زميلى إدانى نص قرص « صراصير » وعن تخيلاته المتصلة بخبرة تعاطيه تلك الحبوب يقول « شفت عسكرى قالى .. رايح فين يلّه ... قمت طلعت أجرى بسرعة ... ساعتها كنت خايف أوى ليحبسونى » .

الأحلام :

يذكر المفحوص أن نومه قلق مضطرب ، إذ يقول « أوقات كثيرة ... أخش أنام بس ما بيجيش ليه نوم إلا لما الفجر يطلع ... وبيحصلى كده لما أكون مضايق ... أقعد على السرير وأفضل أفكر ... أو لما حد من المشرفين يضربنى ، وبجانب ذلك يتعرض المفحوص لكوابيس بصورة متكررة فى نومه والتى تتضح لنا عبر مستدعياته « وبشوف تعبان كان بياكل فيه ... وكان بيعذبني ... وبشوف تعابين بتتلف حوالين رقبتى » ولا يغفل علينا الدلالات التى توضح أن التعبان رمز للعدوان والجنس معاً ويشير المفحوص بأن هناك حلم يتكرر لديه بصورة دائمة ويتمثل محتوى الحلم كما يذكره المفحوص « حلمت إن فيه زلزال جه وكسر الدنيا ... ووقع المؤسسة ... وقعدنا تانى فى الشارع لحد ما المحافظ جه وعطلنا شقة »

تفسير الحلم :

يمكن تفسير الحلم فى إطار رغبة المفحوص فى عدم المعيشة داخل المؤسسة ، وذلك لما يلقاه من سوء المعاملة من جانب المشرفين ، وهو ما جعله يفضل العيش فى الشارع بدلاً من أن يعيش داخل هذه المؤسسة ، وقد تحقق له ذلك فها هو « الزلزال يوقعها » . بقدر ما عبر الحلم عن رغبته فى العيش داخل أسرة تشبع حاجته للحب ، والأمن « وعطلنا شقة » وهو ما يشير إلى نوع من الحنين للآخر ، وإقامة نوع من التواصل بين الأنا والأخر ، فبالرغم من كراهية الأخر إلا أنه قابع فى صميم الذات ، فهو المحبوب المكروه معاً .

الحــالة الثانية :

الاســـــم: جمال

الســـــن : ١٤ عاماً

النـــــوع: ذكر

مكان الإقامة : مؤسسة تربية البنين الإسلامية بمدينة المنصورة .

نتائج المفحوص على مقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجى

الدرجة الخام	الدرجة التائية
٢٨	٧٠

نتائج المفحوص على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل تطبيق البرنامج العلاجى

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظارية	٢٦	٦٠
الاستعراضية	٣٣	٦٤
السادية	٣٢	٧١
المازوخية	٢٤	٥٥

الشكوى الحالية (سبب الإيداع) :

(جمال) مراهق يبلغ من العمر أربعة عشر عاماً ، وجد صغيراً أمام دار المساعى الخيرية بمدينة المنصورة وقد أودع بها حتى إلتحق بمؤسسة تربية البنين الإسلامية بعد بلوغه السادسة من عمره . وهو يقيم بها منذ ذلك الحين .

والمفحوص لا يرغب فى البقاء بالمؤسسة فعلى حد قوله « إمتي الواحد يكبر علشان اشتغل ويبقى معايا فلوس ... أصل الحياة هنا فى المؤسسة وحشة ... ونفسى أخرج من هنا ... علشان أبقى حر مع نفسى ... وأعمل اللى أنا عايزه » وذلك لما يلقاه المفحوص من سوء المعاملة داخل الموسسة .

وفيما يتصل بعلاقة المفحوص بالمشرفين فهى علاقة سيئة تفصح عن نفسها عبر مستدعياته « أنا مبحبش حد هنا في المؤسسة علشان هما بيضربونى إلا الأستاذ عاطف ... هو الوحيد اللى مبيضربش حد ... وكان بيقول للمشرفين متضربوش حد هنا ... أصل الضرب هنا حاجة عادية زى الأكل والشرب ... الكل بيضرب الظالم مع المظلوم ... ياالله منهم لله اللى كانوا السبب فى إللى أنا فيه دلوقتى » .

الأسرة واتجاه المفحوص منها :-

لا يعرف المفحوص شيئا عن أسرته ، فهو منذ أن وعى على الحياة ، وهو مودع بدار المساعى الخيرية ، وعى الرغم من ذلك نجد أن المفحوص يتقبل حقيقته الأسرية المؤلمة ألا وهى عدم معرفته بأبيه وأمه والتى تتضح عبر مستدعياته « خلاص أنا نظمت حياتى على كده » فلم يعد المفحوص يهرب من هذا الواقع المرير الذى سيستمر عليه طيلة حياته .

والمفحوص يتخذ من مدير المؤسسة أباً له ومن « أم يسرى » أماً له ، ويعتبر أقرانه فى المؤسسة بمثابة اخواته ، وكأن المفحوص ينظر للمؤسسة باعتبارها أسرة بديلة له . فعلى حد قوله « كل اللى هنا إخواتى ، وأنا باعيش معاهم علشان ظروفهم زى ظروفى » .

والمفحوص يكن كراهية شديدة تجاه والديه لأنهم على حد قوله « رمونى فى الشارع ... وكنت صغير ... ومعرفش مين إللى جابنى هنا ... أنا مليش لا أب ولا أم ... وكان نفسى يبقى ليه أب وأم زى زمايلى اللى معايا فى المدرسة ... كان زمانى ماجيتش هنا ... وكان زمانى معايا فلوس »

الطفولة :-

يذكر المفحوص أن طفولته كانت ذا طابع عنيف فى معاملته لزملائه فى المؤسسة فعلى حد قوله « لما كان حد بيضايقنى ... كنت بأطحنه » فضلاً عن أن المفحوص يتسم بسرعة الحركة ، وعدم الإستقرار ، ومشاجراته الدائمة مع زملائه فى المؤسسة فعلى حد قوله « بيقولوا علىّ شقى علشان بضرب العيال »

وقد انتهى المفحوص من تبليل الفراش عندما كان يبلغ من العمر (٩) سنوات فعلى حد قوله « كانت بتحصلى لغاية (٩) سنوات ، وبعد كده ماكنتش بعملها على نفسى علشان كانوا بيدونى حبوب علشان معملهاش على نفسى » .

كما أشار المفحوص بممارسته لقضم أظافرة بصورة شرسه خوفا من العقاب فعلى حد قوله « علشان أستاذ علاء قال لنا اللى مش هيقص ضوافره هينضرب ... وأنا كنت بعضها بسنانى علشان أستاذ علاء ميضربنيش » فضلاً عن حدوث نوبات عصبية لدى المفحوص والتى يتضح لنا عبر مستدعياته « كنت ساعات بحس إنى عاوز أضرب أى حد أشوفه فى وشه »

والمفحوص يميل إلى تزعم زملائه فى المؤسسة والتى إتضحت لنا عبر مناداه زملائه له فى المؤسسة « بالزعيم » وذلك لما يتمتع به المفحوص من بنيان قوى ، بقدر ما يتضح لنا ذلك عبر مستدعياته « محدش يقدر عليه هنا ... اللى بيضايقنى بيأه ياسواد ليله »

التعليم :-

التحق المفحوص بالمدرسة فى سن السادسة ، إلا أنه كان يكره الذهاب اليها وذلك لضرب المدرسين له باستمرار فعلى حد قوله « مرة اتعصبت على الأبلة ... علشان كانت عايزة تضربنى من غير سبب ... راحت مودياني للناظر » وقد اتضح لنا أن المفحوص كان كثير النوم اثناء الحصص الدراسية مما كان يعرضه للعقاب من جانب المدرسين ، فضلا عن تغيبه عن دروس التقوية داخل المؤسسة مما ترتب عليه رسوب المفحوص فى الصف الثالث ، والخامس الإبتدائى »

والمفحوص يرغب فى اكمال دراسته على وجه السرعة فعلى حد قوله « نفسى أخلص الدراسة ... علشان أشتغل وأجيب فلوس ... لأن الفلوس هى اللى هتنفعنى »

وفيما يتصل بعلاقة المفحوص بزملائه في المدرسة فكانت علاقة غير حسنة ويتضح ذلك من خلال مشاجراته الدائمة مع زملائه ، وتكسيره لأدواتهم المدرسية مما كان يعرضه للعقاب من جانب المسئولين بالمدرسة .

العمل :-

يأمل المفحوص في أن يصبح صاحب محل جزارة فعلى حد قوله « أنا بحب الدبح ... وبعدين دى مهنة مكسبها كبير » ولقد عمل المفحوص في عده مهن أثناء الأجازات الصيفية وأولها مهنة النجارة والتي تعلمها المفحوص في مركز التدريب المهنى المجاور للمؤسسة وثانيهما مهنة العجلاتي فعلى حد قوله « كنت بشتغل مع صاحب محل لتأجير العجل » لكنة سرعان ما ترك العمل معه « أصل أنا كنت مش مستريح عنده » وهو في الوقت الحالي يعمل في محل للبويات ، وهو غير راضى عن هذه المهنة ، وإن كان قانع بما تدره عليه من دخل يحقق به احتياجاته ومتطلباته .

الحوادث والأمراض :-

يشير المفحوص إلى أنه قد تعرض لعدة حوادث وأمراض تمثلت في إصابته بنزلة شعبية حادة أدت إلى عزله عن بقية زملائه بالمؤسسة لمدة شهر تقريباً فضلاً عن إحساسه الدائم بألم في بطنه « ساعات بطنى بتوجعنى ... وبروح للدكتور يقوم كاشف عليه ... ويعطينى دواء وحبوب » وبجانب ذلك فالمفحوص يعانى من حساسيه شديدة تضطر المسئولين في المؤسسة إلى وضعه لبعض الوقت في مستشفى الصدر وقد بدأت هذه الأعراض في الظهور مع مجيئه للمؤسسة .

كما يذكر المفحوص أنه تعرض لحادث سيارة عندما كان يبلغ من العمر (١٠) سنوات « أنا كنت ماشى في الشارع ... رايح أجيب لب من المقلة ... وجات عربية بسرعة من ورايا وخبطتنى ... وبعد كده رحت المستشفى ... وكنت متعور في رجلى »

الحقل الجنسى :-

يذكر المفحوص بأنه لم يمر أبداً بأى خبرات جنسية سواء أكانت غيرية أم مثلية « أنا ماأرضاش أعمل كده ده حرام عليهم اللى بيعملوا كده ... ده مرة الواد ... قالى تعالى نعمل مع بعض بس أنا ما رضيتش » والمفحوص لا يحب التعامل مع أفراد الجنس الآخر « أنا مبحبش أقعد معاهم ... ده أنا لما بشوف واحدة ... أبص في الأرض على طول »

وفيما يتصل بممارسة المفحوص للعادة السرية فهو يستنكر ذلك بشدة « أنا والله عمرى ماعملت كده أبداً ... العيال اللى بيعملوا كده ربنا هيوديهم النار »

العادات والمعتقدات « موقفه من الحياة » :-

يأمل المفحوص فى أن يصبح صاحب محل جزارة ، وذلك لإيمانه بأن هذه المهنة سوف تجلب عليه المال الوفير الذى يحقق له الاستقلالية والطمأنينة من هذا الواقع المرير المحيط به ، وهو يتخذ من مدير المؤسسة مثالاً أعلى يحتذى به فى حياته .

ولقد أوضح المفحوص بأنه لم يمر بخبرة تناول أي نوع من المخدرات فضلاً عن عدم تدخينه للسجائر ، وحرصه على قضاء وقت فراغه فى مشاهدة التليفزيون ، واللعب مع زملائه بالمؤسسة .

والمفحوص يحرص على أداء الصلوات فى مواعيدها « أنا بحب الصلاة ... علشان اللى ما بيصليش ربنا هيحسبه ... وأنا بروح الجامع على طول وبصلى كل يوم خمس صلوات وبروح أصلى الجمعة كمان » « فضلا عن حرصه على الصوم فى الأونة الأخيرة » أنا بقالى سنتين ما بفطرش ولا يوم فى رمضان ... كمان بأقرأ القرآن علشان أنا فى الأزهر ... فلازم أقرأ القرآن وأحفظ منه شوية »

والمفحوص يؤمن بأن الظلم له نهاية « شوف أبويا ظلمنى إزاى ... علشان كده ربنا هينتقم منه » وهو يتمنى مستقبلاً أن يترك المؤسسة ويستقل بذاته حيث يرى أن الانسان لابد أن يجتهد حتى يحقق ما يريد .

الأحلام :-

يذكر لنا المفحوص أنه غالبا ما ينتابه حالة من الأرق ، والكوابيس أثناء نومه لدرجة أنه لا يستطيع النوم على سريره مما يدفعه للنوم على الأرض « أصل أنا دايما بتقلب من على السرير وأنا نايم »

وهو يسرد لنا الحلم التالى :-

شفت وحش كبير بيجرى عليه ... فحاولت الهرب منه ... ولما لقيت الوحش بيقرب منى بصيت فوقى لقيت سحابه حمرا ، والجو بيمطر بشدة ... وبعدين لقيت حديقة حولها سور حديد

فنطيت من فوق السور داخل الحديقة ، فلقيت شجرة بلح وتحتها ميه فشربت وبعدين لقيت راجل بيحاول أنه يقرب منى ... فجريت وهربت من الحديقة ... وساعتها قمت صاحى من النوم.

تفسير الحلم :-

يعبر الحلم فى بدايته عن حالة من توقع الهجوم من الخلف ، تلك التى نجدها بوضوح لدى الاكتئابين ، والتى تعبر فى طابعها الدينامى عن الفشل والوحدة والعجز لعدم وجود الآخر ، كما أنها تعبر فى بعد أعمق عن توحد أنثوى قائم على أساسى نرجسى بجانب الإحساس بالنقص والدونية . كما يبدو فى الحلم تفكك الدفعات الغرزية « الحياة والموت » ويتضح ذلك أنه فى حالة الخوف التى شعر بها لم يتجه إلى موضوعات إنسانية بل اتجه إلى موضوعات لا إنسانية « جمادات » « ... وبعدين لقيت حديقة وبها سور » فقد مات الأخر فى الذات ، وكأن الدنيا بأسرها قد ماتت معه وبالرغم أن الدنيا تعبر عن قيودها إلا أنه يبدى وهم القدرة المطلقة « نطيت من فوق السور » وما وهم القدرة المطلقة إلا تعبير عن هشاشة وفراغ الأنا وحداد داخلى لفقدان الأنا الشعور بالآخر ولضخامة الاحباط لعدم وجود امدادات نرجسية ، حيث العلاقة المتقطعة مع الأخرين .

وتبدو القضية أكثر تعقيداً فى أن الأنا بالرغم من الحداد الداخلى الذى تستشعره إلا أنها تواجه على الضفة الأخرى من الشخصية بأنا أعلى شديد الصرامة ، وكأن الفرد قد وقع بين شقى رحى ، بين أنا جريح ، وأنا أعلى شديد القسوة ، ويبدو ذلك فى صورة الرجل الذى أقترب منه وجرى منه ، والجرى هنا يعبر عن نوع من الاستعطاف ، الذى يعبر فى صورة أعمق على نوع من التمرد فأساليب الأسقاطات غالباً ما تكون نوع من التمرد وتستخدم للحصول على ما تتطلبه الأنا ، والذى هو محاوله لدأب الصراع . ورغم هشاشة الأنا إلا أنها فى صراع مع الأنا الأعلى ، لكنه صراع غير متكافئ تدخله الأنا رغما عنها وسلاحها فى ذلك وهم الذات بالقدرة المطلقة من ناحية ، والاستعطاف من ناحية أخرى وكانت النتيجة أن ضعفت الأنا والأنا الأعلى وبذلك أصبحت الأنا ضعيفة والأنا الأعلى أكثر ضعفاً .

الحـالة الثالثة :

الاســـــم: سمير

الســــن : ١٥ عاماً

النـــــوع: ذكر

مكان الإقامة : مؤسسة تربية البنين الإسلامية بمدينة المنصورة .

نتائج المفحوص على مقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجى

الدرجة الخام	الدرجة التائية
٣٢	٧٦

نتائج المفحوص على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل تطبيق البرنامج العلاجى

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظارية	٢٣	٥٤
الاستعراضية	٢٩	٥٧
السادية	٢٧	٦٣
المازوخية	٣٤	٨٠

الشكوى الحالية :-

(سمير) مراهق يبلغ من العمر خمسة عشر عاما وجد صغيراً أمام أحد المساجد بمركز المنزلة بمحافظة الدقهلية ، وأودع بدار المساعى الخيرية إلى أن تم الحاقة بمؤسسة تربية البنين الإسلامية بمدينة المنصورة بعد إتمامة السادسة من عمره وهو يقيم بها منذ ذلك الحين .

والمفحوص يعانى من سوء المعاملة التى يلقاها فى المؤسسة من بعض المشرفين فعلى حد قوله « المشرفين هنا ظلمة بيخلونا نشتغل فى المؤسسة نكنس ونمسح ، ونغسل البطاطين مع عم مدحت ... وكمان مش عجبهم ... بيضربونا ، ويزعقوالنا ... وساعتها بحس أن جوايا حاجة كده زى ما تكون سوده » وبجانب ذلك فالمفحوص تظهر لديه نزعة اكتئابية والتى تتضح عبر مستدعياته « أحب أقعد لوحدى ... ساعات مش بحب أشوف أى حد ... وباتمنى أنى أموت » إذ أنه يشعر بأنه منبوذ ومكروه وغير مرغوب فيه من جانب الآخرين وليس له أى قيمة فى الحياة فهو يعتقد أنه لا يوجد فائدة فى هذه الحياة طالما يعيش فى هذه المؤسسة وهو ما دفعه للإنتحار « حدفت نفسى من الدور الثالث ... لكن ربنا ستر ... والدكاتره إدروا ينقذونى »

والمفحوص يدرك حقيقة مأساته وهو يحمل المسئولية كاملة إلى والديه فهم السبب فى إيداعه فى المؤسسة « أبويا وأمى هما السبب فى اللى أنا فيه دلوقتى وأنا ما عرفش حاجة عنهم . أصل أنا كبرت لقيت نفسى هنا ... لأ ... كنت الأول فى الجمعية ... وبعدين جيت هنا »

ويشير المفحوص بأن التربية داخل المؤسسة سيئة للغاية فهم لا يهتمون بهم نظراً لأن عدد الأبناء داخل المؤسسة كبير ولا يستطيع كل ابن أن يحصل على الرعاية اللازمة ، وهو ما يشى فى حد ذاته إلى عدم رضاه عن المعيشة داخل المؤسسة وعدوانيته الشديدة للعاملين بها.

وبالرغم من سوء المعاملة التى يلقاها المفحوص داخل المؤسسة إلا أنه يفضل البقاء بداخلها وذلك لأنها تجلب إليه إحتياجاته الضرورية من مأكل وملبس » وإن كان ذلك لم يمنعه من التفكير مرات عديدة للهروب من المؤسسة .

الأسرة واتجاه المفحوص منها :-

يلاحظ أن ما يتصل بعملية التنشئة والتى تقوم فيها الأسرة بدور أساسى وفعال كجماعة أولية ، ثمة دور غالب لم نستطع أن نسبر أغواره فى المراحل السابقة ، ولعل ذلك يرجع إلى عدم وجود أب فعلى أو أم فعلية ، والبدائل فى المراحل السابقة لا تعرف عنهم شيئاً ويرجع ذلك

إلى كثرة هؤلاء البدائل وتغيرهم من حين لآخر ، ومن ثم وجد الباحث ثمة صعوبة فى الحصول على معطيات تتصل بالحياة النفسية بالنسبة للمفحوصين ، وعلى الرغم من أن المفحوص مجهول الهوية إلا أنه يصر على أنه له والدان وهم يحاولان إثبات أنه ولدهم وهو ما يتضح لنا عبر المستوى المتخيل للصورة الوالدية التى يرسمها المفحوص فى ذهنه فها هو يرى أن والده « رجل عطوف وطيب القلب ويأتى إليه فى المؤسسة باستمرار لزيارته وهو يعيش فى مدينة المنصورة ويبلغ من العمر (٥٠) عاما ويتمتع بصحة جيدة ، وهو يمتلك كافيتريا كبيرة بجانب محكمة المنصورة ، وكافيتريا أخرى فى جمصة ، ولقد طلق أمه بعد أن فعلت به « المفحوص » هكذا مما دعاه إلى أن يتزوج بأخرى .

وفيما يتصل بالأم فهى مازالت حية وهى تعيش حاليا فى الأردن ، وقد تزوجت هى الأخرى وأنجبت من زوجها الجديد . وهو يكن لها كراهية شديدة وذلك لاعتقاده أنها السبب الرئيسى فى دخوله إلى هذه المؤسسة « عمرك شفت أم ... تسيب ابنها وتخلع ... دى أمهات إيه دى »

الطفولة :-

لقد عاش المفحوص منذ طفولته المبكرة فى دار المساعى الخيرية وقد ظل بها حتى بلغ من العمر ست سنوات ثم انتقل بعد ذلك إلى مؤسسة تربية البنين الاسلامية بمدينة المنصورة ، ولقد كانت رضاعته على حد قوله « طبيعية » حيث كان هناك سيدات يقومن بإرضاع أطفال الدار جميعاً .

والمفحوص منذ الصغر يميل إلى الوحدة والإنعزال عن الآخرين فضلاً عن أنه يتسم بالعصبية الزائدة وهو ما يتضح لنا عبر مستدعياته « من صغرى ماكنتش بكلم حد ... ولو حد كلمنى أو ضايقنى ... كنت بضربه ... أصل أنا كنت عصبى جداً » .

وقد قام المفحوص بمحاولات عديدة للهرب من المؤسسة بلغت خمس مرات حيث يقول « كنت بهرب من المؤسسة ... وأمشى أعيط فى الشوارع » وقد ظل المفحوص يبلل الفراش إلى سن السابعة تقريباً ، وكان ينتابه بعد استيقاظه حالة من الخوف لما يتعرض له من عقاب بدنى من جانب المشرفين أو عقاب معنوى من جانب زملائه بالمؤسسة ، وقد دفعه ذلك إلى عدم مشاركته لزملائه فى اللعب وهو منذ الصغر يقضم أظافره ، فضلاً عن تعرضه لنوبات كثيرة « كنت أرمى نفسى على الأرض ... وكنت أخبط رأسى فى الحيط ... ومرة رميت نفسى من الدور الثالث

واتعورت » والمفحوص منذ الصغر مُصِر على اعتبار نفسه بنت فيقول « أنا عايزة » وذلك على الرغم من توجيه وإرشاد المشرفين له .

التعليم :-

التحق المفحوص بالمدرسة وهو فى سن السادسة ولم يكن شغوفا بها « مدرسة إيه ... مافيش أحسن من الصنعة ... علشان الواحد يبقى معاه فلوس ... وما حدش يتحكم فيه »

أما عن مستواه الدراسى فقد ذكر المشرفين أنه متأخر دراسيا حيث سبق له الرسوب فى السنة الثالثة والرابعة والخامسة الابتدائى ، وهو يتمنى أن يخرج من المدرسة وذلك لعدم رغبته فى التعليم فضلاً عن كره العاملين بالمدرسة والتى تتضح لنا عبر مستدعياته « المدرسة اللى أنا فيها وحشة ... وفيها أساتذة أى كلام ... كل لما يحصل أي شغب أو كسر أى شئ فى المدرسة أو واحد اتسرق يقولوا اللى عملها بتوع المؤسسة ... ويعاقبونا من غير ذنب ولا سبب ... كرهتها ... وكرهت كل حاجة فيها » .

والمفحوص لا يحب الألعاب الجماعية بل يميل إلى الألعاب الفردية بقدر ما يميل إلى أن يكون تابعاً للجماعة وليس زعيماً لها فهو لا يحب القيادة أو السيطرة بل يفضل العزلة والإنسحابية .

العمل :-

يذكر المفحوص أنه قام بالعمل فى وقت الأجازات الدراسية فى مهن مختلفة تمثلت فى مهنة النجارة ، والتى كانت المؤسسة تشرف عليها ، والحدادة بجانب مهنة الترزى ، تلك الأخيرة التى يرغب المفحوص فى ممارستها فهو يفضلها على باقى المهن الأخرى ، ولقد تعلم المفحوص هذه المهنة فى أحد المحلات المجاورة للمؤسسة « كنت بروح عند واحد ترزى اشتغل معاه ، وكان بيدينى عشرة جنيه فى الأسبوع » وهو يرغب مستقبلا فى أن يكون لديه محل ترزى رجالى « نفسى يبقى عندى محل ترزى رجالى مش حريمى ... أصل الستات دول وحشين ... شياطين »

الحوادث والأمراض :-

لقد مر المفحوص بعدة حوادث أولها عندما بلغ من العمر (٨) سنوات « كنت بلعب كورة وبعدها وقعت وانكسرت ومن يومها حرمت ألعب مع زملائى فى المؤسسة » أما الحادثة الثانية فكانت فى سن (٩) سنوات عندما ألقى بنفسه من الدور الثالث فى المؤسسة وكاد أن يموت لولا العناية الإلهية التى تدخلت لإنقاذه وبجانب ذلك فقد مر المفحوص بحادث تصادم سيارة أثناء ركوبه لدراجة ولكنها مرت دون حدوث أى إصابات .

وفيما يتصل بالأمراض التى أصابت المفحوص فقد أشار إلى أنه ظل فى الفراش لمدة (٣) أشهر حيث كان يشعر بزغلله فى العين ، ودوخة ، وأنه غير قادر على الحركة ، وكأن أجزاء جسمه مشلوله والتى تتضح عبر مستدعياته « كنت بحس أنى مش قادر أتحرك ، وكانت رأسى فيها صداع جامد ، وشوية سخونية لكن الحمد لله ».

كما أشار أشار المفحوص بأن المؤسسة قامت بإجراء عملية اللوز له وهو صغير وهو يربط بين هذه العملية وعملية الختان ، إذ يعتقد أنه فى هذه العملية قد تم ختانه وهو ما يشى فى طياته إلى دلالة اخصائية لدى المفحوص .

الحقل الجنسى :-

فى البدء لم يفصح المفحوص عن أى خبرات جنسية غيرية فهو ينكرها بحزم وشدة ويعلل ذلك بأنه « بيصلى ... وبيخاف ربنا » فضلاً عن الكراهية الشديدة التى يكنها تجاه أفراد الجنس الآخر ، ولعل ذلك يرجع للكراهية التى يكنها تجاه أمه التى تركته فى المؤسسة بدلاً من أن تقوم برعايته وإعطاءه الحب ، والحنان .

وفيما يتصل بمرور المفحوص بخبرات جنسية مثلية فقد أنكر ذلك بل ونفر من زملائه فى المؤسسة ممن يقومون بذلك الفعل « لما كنت بشوف حد بيعمل كده ... كنت أسكعه علقه ... وأروح أقول للمشرف ... ده كان فيه اتنين هنا فى المؤسسة ... اتمسكوا بيعملوا حاجات وحشه فى الحمام ... وكانوا بيعملوا حاجات قلة أدب وبعدين جه المدير وودا « حازم » . « صاحب الدور الإيجابى » دار الدفاع الاجتماعى » وبالرغم من أن المفحوص يصر بشدة على أنه لم ينغمس فى أى صورة من صور الانحراف الجنسى فإن هذا الإصرار كان يحمل فى طياته معنى ودلالة وجزء من سياق نفسى فقد إتضح أنه تورط فى علاقات جنسية مثلية ، والتى كان

يلعب فيها الدور السالب ، ولعل ذلك يتضح من خلال مناداه زملائه فى المؤسسة له « ب حازم » الذى كان يلعب الدور الايجابى معه فى تلك العلاقة الجنسية المثلية .

وفيما يتصل بممارسة المفحوص للعادة السرية فها هو ينكرها هى الأخرى « أنا عمرى ما أعمل حاجة زى كده ... دى حرام جداً » وبجانب ذلك نجد أن المفحوص لا يدرك الفروق بين الجنسين فضلاً عن اعتقاده بأن العملية الجنسية لا تتم عن طريق الاتصال الجنسى دائما وإنما تتم عن طريق التقبيل .

العادات والمعتقدات « موقفه من الحياة » :-

يأمل المفحوص فى أن يصبح حائكا لملابس الرجال وهو يتخذ من مدير المؤسسة مثلاً أعلى يحتذى به فى حياته نظراً لمعاملته الحسنة معه ومع زملائه في المؤسسة « مدير المؤسسة ... ده راجل طيب ... وبيجيب لى وزمايلى حاجات حلوه ... عمره ما ضربنى ... ولا شتمنى » .

كما أوضح أنه لم يمر بخبرة تناول أي نوع من المخدرات ولكنه يدخن السجائر وهو يقضى وقت فراغه إما فى الجلوس وحيداً ومنعزلاً بعيداً عن زملائه فى المؤسسة وإما مع صديق واحد مفضل لديه داخل المؤسسة ، إذ أنه يكره باقى زملائه داخل المؤسسة ولا يتجاوب معهم وإن كان يتمنى أن يكون له أصدقاء كثيرين من خارجها.

وفيما يتصل بمعتقداته الخاطئة فهى رغبته فى السفر للسعودية « نفسى أسافر السعودية ... لأن الواحد لما يطلع جبل عرفات هيرجع عيل صغير ... ولما أرجع عيل صغير يمكن ألاقى أمى وأبويا ، وما أرجعش المؤسسة تانى ... »

كما يعتقد المفحوص بوجود العفاريت والشياطين « دول ياما اتكلمت معاهم قبل كده ... وعارفهم كويس ... وحلمت بيهم » ويتمنى المفحوص مستقبلاً أن يترك المؤسسة ويعيش مع والده .

الأحلام :-

يذكر لنا المفحوص أن ثمة حلماً كثيراً ما يتكرر لديه ويتمثل محتوى كما يقول المفحوص « حلمت أني عندى خزنه مليانه فلوس ... باخد منها اللى أنا عاوزه ... وكنت باخذ كل يوم عشرة جنيه ... وكان مزاجى عال ... لكن مرة لقيت ناس جايين على وبيقولولى هات الفلوس بالذوق أحسن ما نقتلك ، إديتلهم الخزنة وكنت زعلان ... وبعدين صحيت » .

تفسير الحلم :

من اللوحة الإكلينيكية للمفحوص نرى أنه يعانى من حرمان شديد نتيجة افتقاده لحب وعطف والديه ، وها هو يعوض نفسه بامتلاكه لهذه الخزنه المليئة بالنقود والتى ترمز لحنان الأم الذى لا ينقطع والذى حرم منه المفحرص لكن يبدو أن الذين أخذوا منه هذه الخزنه هم أنفسهم أباه وأمه اللذان تركاه بلا مأوى فى مهب الريح فكانوا بذلك هم من منعوا عنه الحنان وتركوه للحرمان .

الحالة الرابعة :

الاسم: عصام

السن : ١٥ عاماً

النوع: ذكر

مكان الإقامة : مؤسسة تربية البنين الإسلامية بمدينة المنصورة .

نتائج المفحوص على مقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجي

الدرجة الخام	الدرجة التائية
٣١	٧٥

نتائج المفحوص على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل تطبيق البرنامج العلاجي

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظارية	٢٧	٦٢
الاستعراضية	٢٨	٥٥
السادية	٢٦	٦١
المازوخية	٣٠	٧٠

الشكوى الحالية (سبب الإيداع) :-

(عصام) مراهق يبلغ من العمر خمسة عشر عاماً ، وجد صغيراً فى أحد الأحياء الشعبية بمدينة المنصورة وقد تم إيداعه بدار المساعى الخيرية حتى بلغ من العمر (٦) سنوات فتم إلحاقه بمؤسسة تربية البنين الإسلامية بمدينة المنصورة وهو يقيم بها منذ ذلك الحين.

والمفحوص يكن كراهية شديدة تجاه المشرفين نظراً لعقابهم له باستمرار عدا الأستاذ مدحت والذى يتضح من خلال مستدعياته « أنا بكرهم كلهم ... ونفسى أكبر علشان أسيب المؤسسة دى ... كلهم ظلمه ... ما عدا الأستاذ مدحت هو اللى بيخدلى حقى لما العيال بيضربونى ... بأروح أشكى له يقوم ضارب العيال دول ... ويعطينى فلوس علشان يصالحنى ، وكوره ألعب بيها »

كما يشكو المفحوص من سوء معاملة أقرانه بالمؤسسة له « دايما بيتأمروا على ... وبيضربونى ... وبيقولوا لى ياعدسه علشان نظرى ضعيف » وقد أدى ذلك بدوره إلى إحساسه بأنه غير مرغوب فيه من جانب زملائه بالمؤسسة ، وإصابته بحالة من الاكتئاب وهو ما يتضح لنا عبر مستدعياته « أحب أقعد لوحدى ... ساعات مش بحب أشوف أى حد ودايما ببأه مضايق وأتمنى أنى أموت »

الأسرة واتجاه المفحوص منها :-

لا يعرف المفحوص شيئاً عن والديه ، وهو على دراية تامة بواقعه المرير والذى يتضح لنا عبر مستدعياته « أنا ماليش لا أب ولا أم زى بقيه الناس ... أصل همه لاقونى فى الشارع » وهو ما جعله يكن كراهية شديدة تجاه والديه وعلى الأخص والدته وذلك لاعتقاده بأنها السبب فى دخوله المؤسسة .

والمفحوص يتخذ من (الأستاذ مدحت) أبا له ومن الداده (أم رضا) أماً له فعلى حد قوله « أم رضا ست طيبة ... بتعطف عليه ... وتعطينى فلوس ... أما الأستاذ مصطفى بيلعب معايا كوره ... وفلوس أصرف منها ... لكن مرة زعل منى علشان كنت خدت كتب واحد صحبى فى المدرسة والواد جه المؤسسة ... وقال للأستاذ مدحت فآم ضربنى ... وزعلت أوى »

الطفولة :-

لقد عاش المفحوص طفولة بائسة نظراً لحرمانه من العيش فى كنف الأسرة الطبيعية التى تحقق له الأمن والطمأنينة ، فمنذ أن وعى على الحياة وهو لا يعرف والديه مما جعله يعيش طفولته فى حالة من الخوف ، والحزن ، والبكاء « كُنْت بأعد أعيط ... لكن ماكنش حد بيسمع لى ... محدش فاضى لحد » وهو ما دفعه فى مستوى لا شعورى إلى محاولة جذب الآخرين إليه من خلال عملية التبول اللاإرادى الذى استمر لديه حتى بلوغه الثامنة من عمره .

والمفحوص يميل إلى الانزواء والابتعاد عن أقرانه فى المؤسسة لما يتعرض له من سخرية « أنا بحب دايما أعد لوحدى علشان زمايلى بيأعدوا يشتمونى ، ويعيرونى ويقولوالى يا عدسه ... وأنا ما بقدرش أعملهم حاجة ... بروح أقول للأستاذ مدحت » ولعل ذلك يرجع إلى ضعف بنيانه الجسمى مما جعله يوجه الدفاعات العدوانية لديه نحو ذاته من خلال قضمه لأظافره « ساعات لما أكون مضايق أقرقض ضوافرى لغاية ما تجيب دم »

سنوات التعليم :-

التحق المفحوص بالمدرسة عندما بلغ من العمر ست سنوات وقد استمر بها حتى تم فصله لتكرار رسوبه فى الصف الرابع الابتدائى « أنا فضلت فى المدرسة لغاية سنة رابعة ... أصل أنا نجحت فى الثلاث سنين الأوليين ... وبعدين سقطت فى رابعة إبتدائى ... وبعدين عدتها تانى، ورجعت سقطت ... وبعدين عدتها إستثنائى وبرضه سقطت أصل مكنتش شاطر ، والأبلة سهير لما كانت بتحب ترتاح مننا ، كانت بتقول لنا يالا يا عيال اطلعوا فى الحوش ... أصل هى عارفه إن إحنا غلابة ... وجايين من المؤسسة » .

أما عن علاقة المفحوص بالمدرسين فى المدرسة فكانت علاقة مضطربة (باستثناء أبله سهير) نظراً لعدم تأديته للواجبات المدرسية فضلا عن ضعف مستواه الدراسى مما كان يعرضه للعقاب ، ويرجع المفحوص سبب فشله الدراسى إلى الاتهامات التى يوجهها المدرسين له ولزملائه فى المؤسسة بأنهم بؤرة فساد وسوف يصبحون لصوص ومتشردين .

وفيما يتصل بعلاقة المفحوص بزملائه فى المدرسة فكانت علاقة هادئة فهو بطبعه يميل إلى الانعزال عن الآخرين ، ولذلك نجده يميل إلى ممارسة الألعاب الفردية بقدر ما يميل إلى أن يكون خاضعاً للجماعة وليس زعيما لها .

العمل :-

يأمل المفحوص فى أن يصبح شيخا فعلى حد قوله « نفسى أبقى شيخ علشان أنصح الناس وأخليهم يبعدوا عن الحاجات الوحشه ، وعلشان أخليهم يخافوا من ربنا »

ولقد عمل المفحوص فى البدء داخل المؤسسة « كنت بقوم بتقشير البصل والبطاطس وغسل الأطباق » وهو يكره هذه الأعمال لما تتطلبه من مجهود يفوق قدراته ثم عمل بعد ذلك فى مهنة التنجيد « إشتغلت منجد مع راجل ... كان بييجى المؤسسة ... وكان بيدينى عشرة جنية كل أسبوع ... وكنت باخذ الفلوس دى ... أديها للأستاذ مدحت علشان يحطها لى فى الدفتر » وبجانب ذلك فقد عمل المفحوص فى محل للحلاقة « إشتغلت صبى حلاق ... أستاذ مدحت ودانى عند واحد معرفته ... لكن صاحب المحل بعد كده ما كنش عاوزنى ... كان عاوز واحد من بره ... مش من المؤسسة » والمفحوص يحب هذه المهنة ويتمنى أن يشغلها فى المستقبل .

الحوادث والأمراض :-

يذكر المفحوص بأنه أجرى له عملية جراحية فى عينه وذلك لاستئصال كيس دهنى وكان يبلغ من العمر حينذاك (١٠) سنوات ، فضلاً عن معاناته بضعف فى النظر مما جعل إدارة المؤسسة تقوم بعمل نظارة طبية له ، وبجانب ذلك فقد تعرض المفحوص للسقوط من الدور الثانى بالمؤسسة « كنت واقف فى الدور الثانى ، وفجأة حسيت بدوخه شديدة ، قمت واقع من فوق ، واتعورت ورحت المستشفى ، وقعدت هناك فترة طويلة » .

ويعانى المفحوص فى الوقت الراهن من طفح جلدى والذي يشير إلى عدم اهتمام المفحوص بنظافته الجسمية فضلاً عن إصابته بحالة من الهزال الشديد والذى يسبب له على الدوام حالة من الصداع « ساعات بتجيلى دوخة ، ولا أستطيع أن أطلع الكلمة ... وباصدع كتير ... ورحت للدكتور ... وعمل لى جلوكوز ... والصداع رجع مرة ثانية ولكن على خفيف »

الحقل الجنسى :-

فى البدء يرفض المفحوص الإفصاح عن أى تجارب جنسية مرت به ، فهو يستنكرها ، ويصر بشدة على أنه لم ينغمس فى أى صورة من صور الانحراف الجنسى ، ولكن ها هو يشير بأن أحد زملائه فى المؤسسة يحاول القيام معه بعده تصرفات سيئة إلا أنه دائم الرفض لها ولا يتقبل هذه الأشياء فهو يخشى من عقاب الأخرة « أستاذ الدين بينصحنا أن إحنا منعملش الحاجات الوحشة ... علشان اللى هيعمل كده هيروح النار »

وثمة طابع مثلى فى هذه العلاقة حيث اتضح لنا من خلال زملائه بالمؤسسة بأنه «المفحوص» تورط فى علاقات جنسية مثلية (وإن كان وللأمانه لم يذكر المفحوص أى تفاصيل عنها) لعب فيها الدور السالب وذلك مع أحد الأبناء المقيمين مع المفحوص فى نفس العنبر .

وفيما يتصل بممارسة المفحوص للعادة السرية فهو ينكرها بشدة ولكنه يشير إلى أن زملائه بالمؤسسة يقومون بممارستها « أنا ما بعملش الحاجات دى ... دى حاجات وحشه ... أنا مش زى العيال الثانية »

والمفحوص يكن كراهية شديدة تجاه أفراد الجنس الآخر « ما بحبش البنات ... أنا بكرههم، وخصوصا البنات اللى معايا فى المدرسة ... لأنهم بيعاملونى وحش ... علشان هما عارفين إننى من المؤسسة »

العادات والمعتقدات « موقفة من الحياة » :-

يأمل المفحوص فى أن يمتلك محل للحلاقة والتى تتضح عبر مستدعياته « أنا نفسى يبقى عندى محل حلاقه كبير ، ويكون عندى عمال كثير ، وأكون أنا الريس بتاع المحل » فضلا عن رغبته فى امتلاك شقة ليقيم بها .

والمفحوص يتخذ من المثل الشعبى القائل « أمشى فى حالك ، وخليك جنب الحيط » شعاراً له فى الحياة « أنا مابرضاش أمشى مع العيال هنا ، علشان تصرفاتهم وحشه ... بيشربوا سجاير ، وبيهزروا هزار وحش ... ضرب وشتايم ... أحسن حاجة الواحد يبقى فى حاله »

والمفحوص لم يمر بخبرة تناول أى نوع من المخدرات وهو يقضى وقت فراغه فى الجلوس وحيداً أو فى مشاهدة التليفزيون ، وهو يتخذ من الواعظ الدينى بالمؤسسة مثلا أعلى يحتذى به فى حياته نظراً لمعاملته الحسنة له ولزملائه فى المؤسسة وهو يتمنى مستقبلاً فى أن يترك المؤسسة ويكون له أسرة خاصة به .

الأحلام :-

يذكر المفحوص بأنه لا ينام جيداً « بأقوم بالليل كثير ... علشان بخاف من الضلمة » وثمة حلم يتكرر لدى المفحوص على الدوام « بحلم أن سيدة فى صورة عفريت بتيجى وتضربنى على وشى ، وعايزة تخنقنى وبعدين أقوم من النوم وأنا بزعق ، ومحدش بيسمعنى ، وأعد أعيط » .

تفسير الحلم :

يتضح لنا من خلال مستدعيات المفحوص وتاريخه الحالى أنه يكن كراهية شديدة تجاه والدته ، والتى صورها المفحوص فى صورة سيئة وذلك على شكل عفريت يأتى له فى نومه ولكن ها هو الأنا الأعلى يقف له بالمرصاد على عدوانيته تجاه أمه إذ أن العفريت يريد أن يخنقه ، وهنا يتدخل الأنا باعتباره حارس النوم كى يحل الصراع المتمثل فى تلك العدوانية سواء المتجه نحو الأم أم نحو المفحوص ذاته وذلك عن طريق إيقاظه من نومه ، ومن ناحية أخرى ها هو ينتابه حالة من البكاء فور إستيقاظه والتى تعبر فى مستوى رمزى عن شعوره بالذنب لما يكنه من عدوانية شديدة تجاه أمه .

الحالة الخامسة :

الاسم: صابر

السن : ١٥ عاماً

النوع: ذكر

مكان الإقامة : مؤسسة تربية البنين الإسلامية بمدينة المنصورة .

نتائج المفحوص على مقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجى

الدرجة الخام	الدرجة التائية
٢٩	٧٢

نتائج المفحوص على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل تطبيق البرنامج العلاجى

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظارية	٣٢	٧٠
الاستعراضية	٣٠	٥٩
السادية	٢٣	٥٦
المازوخية	٣٣	٧٨

الشكوى الحالية (سبب الإيداع) :

(صابر) مراهق يبلغ من العمر خمسة عشر عاماً . عثر عليه أمام أحد المساجد مما أدى لإيداعه بدار المساعى الخيرية حتى بلغ من العمر (٦) سنوات ، فتم إلحاقه بمؤسسة تربية البنين الإسلامية بمدينة المنصورة وهو يقيم بها منذ ذلك الحين .

والمفحوص يعانى من سوء المعاملة التي يتلقاها داخل المؤسسة سواء أكان ذلك من قبل المشرفين أم من أقرانه بالمؤسسة « ماحدش هنا بيعملنى كويس ... وأنا زعلان من كل اللى فى المؤسسة ... المشرفين يقعدوا يضربوا فيه على طول بالعصاية آدام كل العيال فى المؤسسة ... حتى كمان زمايلى بيقعدوا يشتمونى ويضربونى ، ويخدوا منى الحاجات بتاعتى » .

كما يشكو المفحوص من نظام الحياة داخل المؤسسة وهو ما يتضح عبر مستدعياته « أنا نفسى أخلص تعليم ... وأخرج من هنا ... علشان أعيش العيشة اللى معشتهاش هنا » ... دا الواحد إرف يا أستاذ » .

الأسرة وإتجاه المفحوص منها :

لقد مر المفحوص بخبرات مؤلمة أثرت على البناء النفسى لديه ، فمنذ أن تفتحت عيناه على إدراك الواقع من حوله وهو لا يعرف أما أو أبا له وإن كان يعتقد أن والده مازال حياً .

ويتخذ المفحوص من الأستاذ أشرف أبا بديلاً له فعلى حد قوله « ماحدش بيحبنى هنا .. كلهم بيقسوا عليه ... إلا الأستاذ أشرف .. هو اللى بيعملنى كويس ... وبأقعد اشتكى له من العيال اللى بتعاكس فيه »

وفيما يتصل بالصورة الوالدية التى يرسمها المفحوص فى ذهنه لوالديه فهو يعتقد أن والده يعمل شيخا فى أحد المساجد « راجل طيب .. ويعرف ربنا كويس علشان هوه شيخ فى الجامع...بس الظروف هى اللى خلته يجبنى هنا ... أصل أمى ماتت بعد ما ولدتنى » .

الطفولة :

لقد عانى المفحوص خلال فترة طفولته حالة من القلق ، والاكتئاب نتيجة سوء المعاملة والإهمال التى تلقاها داخل المؤسسة وهو ما دفعه إلى الانطواء والعزلة والانسحاب عن مشاركه الآخرين بقدر ما جعله فى مستوى لا شعورى يحاول جذب اهتمام الآخرين إليه من خلال عملية

التبول اللاإرادى والتى انتهت لديه فى فترة متأخرة « كل ما كان حد يزعلنى ... كنت أروح أنام ولما أصحى ألاقى السرير مبلول وكانت المشرفة ... تقعد تضرب فيه ... وأنا أعيط ... علشان مفيش فى إيدى حاجة » .

وفيما يتصل بممارسة المفحوص لعادة قضم الأظافر فهو مازال يعانى منها حتى الآن . « لما كنت بأقعد لوحدى ... كنت باكل فى ضوافرى ... لحد ما حسيت ساعات أنى مش قادر ... اكتب بإيدى الواجب ... عشان صوابعى بتوجعنى »

التعليم :

التحق المفحوص بالمدرسة عندما بلغ من العمر (٦) سنوات وقد استمر بها حتى وصل إلى الصف الخامس الابتدائى الأزهرى .

والمفحوص لا يحب الذهاب للمدرسة ويرجع ذلك لسوء معاملة المدرسين له وهو ما يتضح عبر مستدعياته « كنت باكره المواد كلها ما عدا الدين ... عشان كنت دايما باجيب درجات وحشه فيها ... أصل أنا ما كنتش بأعرف حاجة فيها وما كنتش بعمل الواجبات ، وعلشان كده المدرسين كانوا بيضربونى جامد » وهو ما أدى إلى رسوب المفحوص أكثر من مرة نتيجة لإهماله فى مذاكرة دروسه وعدم تأديته للواجبات المدرسية فضلاً عن عدم وجود رقيب يقوم بمتابعته داخل المؤسسة .

أما فيما يتصل بعلاقته بزملائه بالمدرسة . فقد كانت علاقة سطحية فهو بطبعه يميل إلى الإنعزال عن الآخرين .

العمل :

لقد مارس المفحوص عدة مهن من قبيل مهنة النجارة والتى عمل بها لمدة تسعة أشهر إلا أنه لم يكن يحبها « ما كنتش بأعرف أى حاجة فيها ... وكان الأسطى بيضربنى عشان كده ... وكنت دايما أغلط ... بس كنت بأشتغلها ... عشان أجيب منها فلوس » . ، وبعد ذلك التحق المفحوص بعمل آخر فى ورشة ميكانيكا لتصليح السيارات « كانت شغلانه كويسه ... عشان كانت بتخلينى أقعد فى العربيات ... بس الأسطى كان برضه بيضربنى ... وما كنتش بأخذ فى الشغلانه دى فلوس كتير »

وفيما يتصل بعلاقته بزملائه فى العمل فهى علاقة مضطربة « كان زمايلى فى الورشة ... بيضربونى ... عشان كنت أصغر واحد فيهم ... وهما كانوا أحسن منى فى الشغل ... وكانوا بيضحكوا عليا لما أغلط ... ويقولوا لى يا غبى » .

الحوادث والأمراض :

لقد أشار المفحوص بأنه تعرض لعدة حوادث من قبيل إصابته بكسر فى قدمه « كنت راكب عجله ... باستعرض بقى ... يمين .. شمال ... أسيب الجادون ... قمت داخل فى الرصيف ... رجلى انكسرت ... وجبسوهالى » .

كما تعرض لحادثه أخرى أثناء تواجده بالمدرسة أدت لبعض الجروح فى قدمه « كنا نزلين الفسحة ... قام واحد زقنى ... قاموا كل العيال واقعين فوقى ... ورجلى اتعورت » .

وبجانب ذلك فقد أجريت للمفحوص عملية اللوز « رحت المستشفى فى يوم السبت ... وعملتها يوم الإثنين وكان معايا واحد صحبى ... يومها طارق علام بتاع كلام من دهب ... كان فى المؤسسة ... بس يا خسارة إحنا ما شوفناهوش »

الحقل الجنسى :

تفتحت عينا المفحوص على الحياة الجنسية منذ وقت مبكر من خلال ما يحدث داخل المؤسسة من إنحرافات جنسية بين المقيمين بها ، وبجانب ذلك فقد بدأ المفحوص فى إدراك الفروق بين الجنسين فى وقت مبكر عن طريق أقرانه فى المؤسسة « كان فيه واحد زميلنا ... بيجيب لنا صور بنات عريانه ... وشوفنا كل حاجة » .

وفيما يتصل بمرور المفحوص بخبرات جنسية سواء أكانت غيرية أم مثلية فقد استنكر ذلك بشده وإن أشار إلى ما يحدث داخل المؤسسة من علاقات جنسية مثلية بين السباك وأقرانه فى المؤسسة « الراجل ده بقى بيعمل ... حاجات مش كويسه ... وكنت بخاف منه ... ورحت قلت للأستاذ أشرف ... وكنت عاوز أضرب الراجل ده .. بس العيال دول مبسوطين من كده » ويشير المفحوص إلى أنه قد مر بتجربة عاطفية مع فتاة تكبره « حبيت واحدة ... وكان نفسى أكلمها ... ولما جيت أكلمها .. لقيتها اتخطبت »

العادات والمعتقدات (موقفه من الحياة) » :

يأمل المفحوص فى أن يكون لديه ورشة ميكانيكا لتصليح السيارات « أنا نفسى أطلع أسطى كويس فى الشغلة دى ... علشان محدش يضربنى ولا يشتمنى ... وأكسب فلوس كتير»

والمفحوص لا يميل إلى مشاركه الآخرين فى ألعابهم فهو يميل بطبعه إلي الوحدة ، والانزواء بعيدا عن الغير « لما كانت الفسحة بتيجى ... كنت باقعد لوحدى ... عشان زمايلى ماكانوش بيرضوا يلعبونى معاهم ... مع أنى كنت بأحب الكورة » ، وبجانب ذلك فالمفحوص يتصدى لمحاولات أقرانه الدائمة فى تحريضه على التدخين بالرفض ، ونصحه لهم « أصلها ملهاش لازمة ... بتتعب الواحد على الفاضى »

وفيما يتصل بممارسة المفحوص للشعائر الدينية فهو يحرص على أداء الصلوات فى مواعيدها « أنا بحب أصلى .. وأقرأ قرآن .. ونفسى أبقى شيخ فى جامع أعلم القرآن للعيال ، وأعلمهم أنهم ما يشتموش بعض »

الأحلام :-

يذكر المفحوص بأن نومه فى معظم الأوقات يغلب عليه القلق وتراوده الكوابيس فى منامه وثمة حلم يعاود المفحوص بين الحين والأخر ويتمثل المحتوى الظاهر للحلم على النحو التالى : « حلمت أننى كنت بلعب كره مع زمايلى وبعدين الفريق التانى عمل حفرة واسعة فى الأرض ، وحط عليها قش يشبه الحشيش وبعدين كنت أنا بجرى ومعايا الكوره ... قمت واقع فى الحفرة ، ورجلى انكسرت » .

تفسير الحلم :

يعبر الحلم عن رغبة المفحوص ونقيضها فى آن واحد ، فهو من ناحية يرغب فى إقامة علاقات مع الآخرين كى يستطيع الخروج من حالة العزلة والاكتئاب التى يحياها ومن ناحية أخرى فهو يخشى من إقامة تلك العلاقات حتى لا يعرض نفسه للأذى والعقاب من جانبهم ، وهو ما يتضح عبر المحتوى الظاهر للحلم ففى الوقت الذى حقق لنفسه رغبته فى مشاركة الأخرين فى ألعابهم ، هاهم الآخرين يدبرون له المكائد فيقومون بعمل حفرة فى الأرض فيقع فيها ، وتكون النتيجة إصابته بكسر فى قدمه ، وهو ما يشى بشعور المفحوص بالاضطهاد من جانب الأخرين ، الأمر الذى يدفعه إلى الانزواء والابتعاد عن إقامة علاقات التواصل مع الآخرين ، واللجوء إلى عالمه المليئ بالحزن والكآبة .

الحالة السادسة :

الاســـم: مها

الســـن : ١٥ عاماً

النـــوع : أنثى

مكان الإقامة : مؤسسة تربية البنات الإسلامية بمدينة المنصورة .

نتائج المفحوصة على مقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجى

الدرجة الخام	الدرجة التائية
٣٤	٧٥

نتائج المفحوصة على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل تطبيق البرنامج العلاجى

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظارية	٢٥	٦١
الاستعراضية	٢٩	٥٩
السادية	٢٤	٦٢
المازوخية	٣٣	٨٤

الشكوى الحالية (سبب الإيداع) :

(مها) مراهقة تبلغ من العمر خمسة عشر عاما ، مجهولة الوالدين ، وهو ما أدى لإيداعها بدار المساعى الخيرية إلى أن تم إلحاقها بمؤسسة تربية البنات الإسلامية بمدينة المنصورة بعد إتمامها السادسة من عمرها ، والمفحوصة تعانى من سوء المعاملة التى تلقاها من بعض المشرفات في المؤسسة وهو ما يتضح لنا عبر مستدعياتها « بيقعدوا يتريقوا علينا ويشتمونا ويعيرونا ويتآمروا علينا ، ولما حد بيسقط بيقعدوا يضربونا ويزعقوا لنا ويصرخوا فى وشنا ، ويقولوا لنا ياللى منتوش نفعين » وبجانب ذلك فهناك بعض المشرفين يستخدمون القسوة والعنف فى معاملته للمفحوصة وأقرانها فى المؤسسة فعلى حد قولها « الأستاذ عادل دايما بيخلينا نمسح ، ونظف ، ونلم الزبالة ولما قلت له دى شغله العمال .. قام ضربنى وشدنى من شعرى ، ورمانى على الأرض ونزل ضرب فيه بالعصاية أدام زميلاتى ، وقال لهم اللى مش هتسمع الكلام هعمل فيها زى ما عملت فيها »، علاوة على افتقادها للعطف والحنان ، وبخاصة بعد قيام إدارة المؤسسة بفصل (مدام حياة) وهى إحدى المشرفات ، والتى تعتبرها المفحوصة بمثابة الأم لها . وهو ما يتضح لنا عبر مستدعياتها « أنا مش مبسوطة فى المؤسسة دى ... دول بيضربونى لما بقوم بأى خطأ حتى ولو كان بسيط من غير أى تنبيه أن السلوك ده غلط ... وأنا مش مستريحة جوا المؤسسة من يوم ما ميشيت أبلة حياة ... دى اللى كانت بترعانى أنا وإخواتى في المؤسسة ... وجابوا لنا أبلة تانية وحشة قوى إسمها ابلة منار كانت بتشتمنى وتقولى ياللى مالكيش لا أب ولا أم لكن الواحدة هتعمل إيه، ولو خرجت من هنا مش عارفة هروح فين » . وهو ما أدى بدوره لإصابتها بحالة من الإكتئاب الشديد ، بجانب الرغبة فى الإنتحار إذ إنها ترى فى الموت خلاصها الوحيد مما تعانيه من عذاب ، فضلاً عن إحساسها بالاضطهاد من جانب المحيطين بها فعلى حد قولها ... الكل بيكرهنى ... وبيقسوا عليه ... إذا كانت أمي وأبويا اتخلوا عنى ، وسبونى فى الشارع ... ويبقى الناس التانية هتعمل فيه إيه .. يبقى أحسن حاجة الواحدة تموت وتستريح » .

الأسرة واتجاه المفحوص منها :

تدرك المفحوصة حقيقة مأساتها ، ألا وهى أنها مجهولة الوالدين ، وهو ما أدى بدوره لإيداعها فى مؤسسة إيوائية ، وعدم معيشتها داخل أسر طبيعية مثل باقى أقرانها فى المدرسة، وهو ما يجعلها تنقم على تلك الحياة الي تعيشها ولكن ما هى حيلتها فى التخلص من

هذا الواقع المرير سوى الصبر على قدرها « الحمد لله برضه أنا أحسن من غيرى ... يعنى أنا بروح المدرسة ، منيش واحدة بتسول فى الشوارع ... أنا دايما والله أحمد ربنا على كل حاجة، لكن ساعات الشيطان بيخلينى أبقى عايزة أموت نفسى واستريح » .

وفيما يتصل بعلاقة المفحوصة بأقرانها فى المؤسسة فهى علاقة سطحية إذ أنها تميل للإنزواء والإبتعاد عن الآخرين وهو ما يتضح لنا عبر مستدعياتها » أنا ماليش غير صحبة واحدة بس اسمها هدى كانت حنينة وبحبها قوى بس إتجوزت ، وطلعت من هنا » .

وفيما يتصل بالصور الوالدية فالمفحوصة تكن كراهية شديدة تجاه والديها وبخاصة الأم « أم إيه دى اللى ترمى بنتها فى الشارع ... وزى ماهيه مش عايزانى ، أنا مش عيزاها ... أنا بكرها » .

والمفحوصة تتخذ من أبلة حياة أم لها « دى أحسن أم ، ونفسى ترجع تانى ، دى كانت أحلى واحدة هنا ... كانت أحلى أم فى العالم ... وكنت لما بعوز حاجة تيدهانى على طول ... وأنا كنت بأقول لها يا ماما حياة ... ولحد دلوقتى بيعت لها جوابات وأنا وزميلاتى فى المؤسسة ... ويوم عيد الأم بنلم بعضنا بعد المدرسة على طول ونروح لها البيت .. أصل احنا عرفين بيتها ونجيب لها هدية . وعلشان كده احنا كلنا بنحبها ومشفناش ولا هنشوف أم زيها ... كل اللى جم بعدها وحشين وقلبهم قاسى علينا .. هنقول إيه دايما الدنيا بتعمل معانا كده وتحرمنا من اللى احنا بنحبهم » وعندها إنخرطت المفحوصة فى حالة من البكاء الشديد والذى يعبر عن مدى المعاناة التى تعانيها المفحوصة نتيجة الفقدان الوالدى سواء بالنسبة للوالدين الطبيعيين أم فيمن يحل محلهما .

الطفولة :

تشير المفحوصة بأن طفولتها كانت تتسم بالهدوء ، والابتعاد عن الآخرين فى معاملتها لأقرانها فى المؤسسة فعلى حد قولها « كنت طفلة هادية لكن كنت ما بسمعش الكلام ، وما بعملش أى حاجة يطلبوها منى ، أقول طيب وما عملش » وهو ما كان يعرضها للعقاب على الدوام من قبل العاملين بالمؤسسة .

وفيما يتصل ببلل الفراش فقد ظلت المفحوصة تبلل الفراش إلى سن الخامسة من عمرها ، بقدر ما كانت تمارس عادة قضم الأظافر منذ الصغر فعلى حد قولها « أنا نفسى أبطل العادة

دى بس أعمل إيه ... ما بقدرش خالص دايما تلاقينى على طول أقعد آكل فيهم .. حتى علشان أبطل كده قلت أربيهم .. بس برده كل شويه أكلهم خاصة لما أكون مضايقة ، أو تحصلى مشكلة ومعرفش أصلها .. وساعتها ببأة عصبية أوى .. وببقى عايزه أكسر أى حاجة قدامى خصوصا لما حد بينرفزنى .

وبجانب ذلك فقد أشارت المفحوصة بأنها عاشت طفولة بائسة ، ومضطربة ، فإلى جانب حرمانها من الوالدين ، فقد كانت تكلف بأعمال ، ومسئوليات تفوق سنها ، وهو ما أدى بدوره إلى عدم استمتاعها بطفولتها كأى طفلة فى سنها .

التعليم :

رغم سنوات عمر المفحوصة التى تجاوزت الخامسة عشر ، إلا أنها مازالت فى الصف الأول الاعدادى ، ولعل ذلك يرجع لعدم رغبتها فى الذهاب للمدرسة ، وهو ما يتضح لنا عبر مستدعياتها « أصل أنا مبحبش المدرسة ومتعقدة منها ، ومن المدرسين اللى فيها لأنهم بيعاملوا بنات المؤسسة معاملة وحشة » ولعل ذلك كان أحد الأسباب التى دفعتها للتغيب على الدوام من المدرسة « بقيت أغيب كتير .. أروح يوم وأغيب عشرة أصل أنا مش عايزة أتعلم » وهو ما أدى بدوره إلى تدهور مستواها الدراسى حيث كانت دائمة الحصول على ملاحق فى السنوات الدراسية السابقة فضلاً عن رسوبها أكثر من مرة .

وفيما يتصل بعلاقة المفحوصة بزميلاتها فى المدرسة فكانت علاقة سيئة تفصح عن نفسها من خلال مستدعياتها « ماليش أصحاب كتير فى المدرسة هيه واحدة وبس اسمها الهام وبس ، علشان هيه طيبة وهادية أما الباقيين مش كويسين دايما بيقولوا لى يا بتاعة الملجأ ، فأقوم شتماهم » وهو ما جعلها تميل إلى الإنزواء ، والإبتعاد عن الآخرين .

العمل :

تعددت الأعمال التى كانت تمارسها المفحوصة فى أوقات الإجازة الصيفية ففى البدء كانت تكلف بتنظيف المؤسسة « كنت بأمسح وأنظف المؤسسة أنا وأخواتى اللى هنا علشان لو ما عملتش كده ... هيبقى ليلتى سوده ... ده أنا مرة كنت تعبانه وحاسه كده أنه هيجلى برد ... وبعدين قلت أنا مش قادرة اشتغل ... قمت مضروبه بالعصاية ، وإضطريت أقوم واشتغل ومسحت وبعدين تعبت وكحيت كتير بعدها » ، وبجانب ذلك فالمفحوصة تمارس مهنة التريكو ،

تلك المهنة التى ترغب فى العمل بها مستقبلاً ... أصل أنا باعمل مفارش كتير ، وحاجات حلوه أوى ، وممكن لما أكبر ويكون معايا فلوس أعمل مشروع للتريكو .. أصل أنا شاطره فيه أوى ».

الحوادث والأمراض :

أشارت المفحوصة بأنها تعرضت للكسر فى قدمها إثر وقوعها من على المرجيحة الموجودة بالمؤسسة « مرة ركبت المرجيحة وأعدت أأدف جامد لغاية ما وقعت ، وده كان فى رمضان قبل اللى فات ، وساعتها أخذتنى أبلة حياة فى تاكسى ، ووديتينى المستشفى ، وأعدت محبوسة لمدة شهر ، وبعد كده أبله حياة هيه اللى ودتنى أفك الجبس » .

كما أوضحت المفحوصة بأنها كثيرا ما تعانى من نزلات البرد الشديدة ، والتى يعانى منها كافة زميلاتها فى المؤسسة فالكل مصاب بنزلات البرد على الدوام نظراً لقصور الرعاية الطبية داخل المؤسسة .

وبجانب ذلك فقد أصيبت المفحوصة بمرض جلدى أدى إلى ظهور حبوب فى مختلف أنحاء الجسم ، وهو ما جعل إدارة المؤسسة تقوم بعزلها فى أحد الغرف « حطونى فى أوضة لوحدى علشان ما أعديش زمايلى لمدة أسبوعين ، ومكنوش بيجيبوا لى علاج كويس .. هى أبلة حياة بس اللى كانت مهتمية بيه ، وهى اللى أجبرتهم يجيبوا لى علاج ... وساعات كانت بتجيبلى علاج من فلوسها ، وبصراحة أنا كنت مبسوطة لما تعبت لأنى لاقيت حد بيهتم بيه ، وبيسهر على راحتى ، وهيه ابله حياة لدرجة أنى مكنتش عاوزه أروء » .

الحقل الجنسى :

لقد بدأت المفحوصة فى إدراك الفروق بين الجنسين عند بلوغها الحادية عشر من عمرها عن طريق أحد أقرانها بالمؤسسة ، وبجانب ذلك فقد بدأت مرحلة البلوغ فى الظهور لديها فى سن الثانية عشر ، وهو ما سبب لها الكثير من القلق والضيق على الرغم من أن لديها معرفة سابقة بها حيث ظهرت لدى بعض أقرانها فى المؤسسة ممن هم فى سنها تقريباً .

وفيما يتصل بممارسة المفحوصة للعادة السرية فهى تستنكر ذلك بشدة وترجع ذلك إلى أنها « بتصلى وبتخاف من ربنا .. ولأنها عيب وحرام » وإن كانت لا تنكر فى الوقت نفسه ممارسة البعض من قريناتها لتلك العادة داخل المؤسسة .

ولقد مرت المفحوصة بعلاقة عاطفية مع أحد أفراد الجنس الآخر ، فهى تعيش قصة حب مع شاب يبلغ من العمر (٢١) عاماً وهو ما يتضح لنا عبر مستدعياتها « أنا بعد عذاب رضيت أنه يكلمنى ... كان متبعنى من مدة ، وكان بيحاول دايما أنه يكلمنى ، وكنت لما أروح المدرسة يمشى ورايا ويكلمنى .. وبعدها اتكلمنا مع بعض ، وهوه على فكره عايز يتقدم لى بس مستنى لما يخلص كليته » .

العادات والمعتقدات (موقفها من الحياة) :

تأمل المفحوصة فى أن يصبح لديها مشروعاً للتريكو يعود عليها بالمال الوفير الذى يحقق لها الاستقلالية ، والبعد عن تلك المؤسسة الكئيبة ، فهى تتخذ من المثل القائل « من جد وجد » فلسفه لها فى الحياة تحقق لنفسها ما تتمناه .

والمفحوصة تميل بطبعها للانزواء والابتعاد عن الآخرين وهو ما يجعلها تميل لقضاء وقت فراغها فى ممارسة الألعاب الفردية من قبيل ركوب المرجيحة بجانب ممارسة لعبة الكوتشينه ، والسلم والثعبان ، ولعل ذلك يرجع لندرة صديقاتها داخل المؤسسة .

وفيما يتصل بمدى ممارستها لشعائر عقيدتها فهى تحرص على آداء الفروض الدينية وهو ما يتضح عبر مستدعياتها « أنا بصلى ، وبصوم رمضان ومفيش ولا يوم فطرت فيه » حيث ترى أن التمسك بأداء تلك الشعائر هى وسيلتها للتخلص مما تعانيه من آلام نتيجة حرمانها من والديها الطبيعيين من ناحية ، ومن ناحية أخرى كنتيجة لسوء المعاملة التى تلقاها داخل المؤسسة .

الأحلام :

تذكر لنا المفحوصة بأنها غالباً ما ينتابها حالة من الأرق والكوابيس أثناء نومها لدرجة تجعلها لا تستطيع النوم إلا عند طلوع النهار ، وهى تسرد لنا الحلم التالى : -

« حلمت مره بعفريت جه وولع فى المؤسسة وموت كل اللى فيها ، وبعدين لقيت العفريت جاى ورايا عاوز يموتنى قمت جريه لغاية ما لقيت كوبرى عديت من علية وهربت منه ، بس لقيت نفسى فى حته ضلمه .. ومعرفش أنا روحت فين .. وبعدين قمت من النوم وأنا مضايقة ومخنوقة.

تفسير الحلم : -

يشير الحلم إلى رغبة المفحوصة في التخلص من المؤسسة التى تقيم بها ، ليس ذلك فحسب ، بل والتخلص من جميع المتواجدين بها سواء المشرفات أم الأقران ، وها هو الحلم يحقق لها تلك الرغبة على المستوى المتخيل ، إلا أن الأنا الأعلى يقف لها بالمرصاد نتيجة مشاعر الاثم والكراهية التى تكنها تجاه المؤسسة ، فها هو العفريت الذى أحرق المؤسسة يحاول أن يقضى عليها هى الأخرى ، ولكن قدرتها المطلقة جعلتها تستطيع الهرب منه من خلال عبورها لكوبرى والذى يمثل فى حد ذاته الأنا الذى حاول بدوره التوفيق بين رغبات الهو المتمثلة فى إحراق المؤسسه ، وبين صرامه الأنا الأعلى ضد رغبات الهو ، لتكون النهاية باجمالها وجودها فى منطقة مظلمة لا يوجد فيها أحد ، وكأنها أرادت أن تعبر عن واقعها الكئيب المليئ بالأحزان ، ومشاعر البؤس ، ورغبتها فى الإبتعاد والانزواء عن الآخرين .

الحالة السابعة :

الاسم: سالى

السن : ١٣ عاماً

النوع : أنثى

مكان الإقامة : مؤسسة تربية البنات الإسلامية بمدينة المنصورة .

نتائج المفحوصة على مقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجى

الدرجة الخام	الدرجة التائية
٣٦	٧٨

نتائج المفحوصة على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل تطبيق البرنامج العلاجى

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظارية	٣٠	٧١
الاستعراضية	٢٨	٥٧
السادية	٢٣	٦٠
المازوخية	٣١	٧٨

الشكوى الحالية (سبب الإيداع) :

(سالى) مراهقة تبلغ من العمر ثلاثة عشر عاماً ، عثر عليها فى أحد الأحياء بمدينة المنصورة مما أدى إلى إيداعها بدار المساعى الخيرية حتى بلغت من العمر (٦) سنوات ، فتم إلحاقها بمؤسسة تربية البنات الإسلامية ، وهى تقيم بها منذ ذلك الحين .

والمفحوصة غير راضية عن المعيشة داخل المؤسسة نظراً لما تلقاه من سوء المعاملة من جانب المشرفات وهو ما يتضح لنا عبر مستدعياتها « مفيش حد بيراعينى ..ودايما بيضربونى .. ويقولوا لى امسحى .. اكنسى .. نفسى يكونوا كويسين معايا .. مفيش غير أبلة نادية .. هيه اللى طيبه أوى .. وبتحبنى » .

وبجانب ذلك فالمفحوصة تشكو من سوء معاملة قريناتها بالمؤسسة لها ، وهو ماجعلها تميل للانزواء والابتعاد عنهم ، واللجوء الى عالم مليئى بالحزن ، والكآبة ، وهو ما يتضح عبر مستدعياتها « أنا بحب أكون لوحدى .. مش عايزه حد يكلمنى خالص .. الوحدة أحلى حاجة أصل مفيش حاجة لها قيمة في الدنيا ، علشان كده ساعات بحس أننى عايزه أخنق نفسى » .

الأسرة واتجاه المفحوص منها : -

لاتعرف المفحوصة شيئا عن أسرتها فهى منذ بداية حياتها وجدت نفسها مودعه بدار المساعى الخيرية ، وهى على دراية تامة بواقعها المرير المحبط ، وهو ما جعلها تكن كراهية شديدة تجاه والديها الذين حرموها من رعايتهم وهو ما يتضح عبر مستدعياتها « أبويا وأمى سابونى وأنا صغيرة فى الشارع ، وفيه ناس لاقونى ، وودونى جمعية الأيتام ... ربنا هينتقم منهم »

والمفحوصة تتخذ من الأبلة نادية أماً بديلة لها « واحدة بس اعتبرتها ماما .. أبلة نادية .. ولو كانت أمى الحقيقية موجودة .. ماكنتش هحبها زى أبله نادية .. علشان هية طيبة قوى وأنا برتحلها » .

والمفحوصة تأمل فى ترك المؤسسة ، والعيش فى كنف أسرة بديلة تحقق لها الاستقرار ، بقدر ما تنعم بداخلها بالحب ، والرعاية ، وهو ما يتضح عبر مستدعياتها « أنا نفسى يبقى ليه أب ، وأم ، وأخوات ، يحبونى ، وأحبهم ، وهو ما يشير بدوره لحاجتها للحب ، والأمن اللذان أفتقدتهما منذ طفولتها المبكرة .

الطفولة :-

تشير المفحوصة بأنها لم تأخذ حقها فى الاستمتاع بطفولتها مثل باقى الأطفال الذين يعيشون مع والديهم وهو ما يتضح عبر مستدعياتها « كان نفسى أتمتع بطفولتى مع أبويا وأمى ، وأخواتى ، وأكون مهيصة ، وألعب معاهم » .

ولقد أشارت المفحوصة بأن طفولتها كانت تتأرجح ما بين الهدوء والشغب سواء فى معاملتها لقريناتها فى المؤسسة أم لزميلاتها فى المدرسة ، فهى تميل بطبيعتها للابتعاد عن الآخرين لما تتعرض له من سخرية « أنا بحب أقعد لوحدى ، وما بحبش أهظر مع حد .. علشان الوحدة شئ جميل ، لأنى لما باقعد مع أخواتى فى المؤسسة ... كانوا بيشتمونى ، ويقولوا لى روحى كده وأنتى زى العفريته » وهو ما دفعها لالحاق الأذى بهم سواء أكان ذلك الأذى مادياً أم معنوياً ، وفى أحيانا أخرى كانت تلحق الأذى بنفسها » .

وفيما يتصل بتوقف المفحوصة عن بلل الفراش فقد كان ذلك عندما بلغت من العمر (٩) سنوات ، وهو ما يتضح عبر مستدعياتها « كانت بتحصل لى لغاية سنة ثالثه ، وبعدكده خلاص » وبجانب ذلك فقد مرت المفحوصة بنوبات عصبية وبخاصة عندما يلحق بها الأذى من قبل الأخرين فعلى حدقولها « لماكان حد بيضايقنى كنت ساعات أشتمهم وأضربهم .. وساعات ببقى عايزه أقطع شعرى .. وعايزه أخنق نفسى » .

التعليم :

توقفت المفحوصة عن التعليم فى الصف الخامس الابتدائى ، وذلك لضعف مستواها الدارسى الناتج من وجهة نظرها عن عدم وجود الاهتمام ، والرعاية فى المؤسسة التى تعيش فيها ، فضلاً عن مشاعر الكراهية التى تكنها تجاه المدرسين ، نظرا لتعرضها للعقاب من جانبهم على الدوام لعدم تأديتها للواجبات المدرسية .

وفيما يتصل بعلاقتها بزميلاتها فى المدرسة فكانت علاقة يسودها الشغب والمشاجرات وذلك لما تتعرض له من إهانات وتجريح وهو ما يتضح من خلال مستدعياتها « ماكنتش بحب فى المدرسة غير واحدة بس ... أصلهم كانوا بيعيرونى علشان أنا من المؤسسة » .

ونظراً لأن المفحوصة تتسم بالحساسية الشديدة إزاء تلك الإهانات ، فقد كان ذلك عاملاً أساسياً فى إنزوائها ، وإبتعادها عن زميلاتها بالمدرسة .

العمل :

تشير المفحوصة بأنها تشارك فى أعمال النظافة داخل المؤسسة مثلها مثل باقى المودعات من قبيل المسح ، والكنس ، فضلا عن مشاركتها فى إعداد الطهى ، وغيرها من الأعمال الروتينية اليومية ، بقدر ما تعلمت المفحوصة بعد تركها للمدرسة مهنة الخياطة حيث توجد داخل المؤسسة قسم لتعليم الخياطة . تلك المهنة التى تأمل المفحوصة فى ممارستها مستقبلاً ، وهو ما يتضح لنا عبر مستدعياتها « أنا لما سبت المدرسة ... وقعدت فى المؤسسة ، بدأت اتعلم الخياطة .. وبقيت شاطره فيها أوى ، وعملت حاجات كتيره حلوه ... وأبله نادية كانت بتشجعنى ... وكانت بتاخد الحاجات اللى بعملها وتحطها فى المعرض اللى بتعمله جمعية السيدات » .

الحوادث والأمراض :

لقد تعرضت المفحوصة لحادثة كادت أن تودى بحياتها ، وذلك عندما قامت بأخذ شريط كامل من الحبوب كى تتخلص من حالة الصداع التى كانت تستشعرها على الدوام ، وهو ما يتضح عبر مستدعياتها « كان عندى صداع صعب أوى ... وكنت بحس أن فيه حد بيخبط فى دماغى ... وبأحس بدوخه وزغللة فى عينى بسببه .. وكنت بأربط دماغى قوى ... ومرة أخدت شريط حبوب كامل ... علشان أتخلص من الوجع ... وبعدين أغمى عليه ... وودونى للمستشفى، وهناك عملوا لى غسيل معدة » .

كما أشارت المفحوصة بأنها تعانى من آلام جسمية « ساعات جنبى بيوجعنى ... وكنت باستحمل .. وكل ما أقول لهم إن جنبى بيوجعنى ، وعايزه أروح المستشفى .. محدش كان بيرضه » . بقدر ما تعانى المفحوصة من أمراض جلدية « ساعات كان جسمى بيطلع فيه حبوب حمرا .. كنت بهرش فيها ... وبعدين تورم » .

الحقل الجنسى :

لقد بدأت المفحوصة فى إدراك الفروق بين الجنسين مع بداية مرحلة البلوغ لديها والتى حدثت لديها عندما كانت تبلغ من العمر إثنى عشرة عاماً .

وفيما يتصل بممارسة المفحوصة للعادة السرية فقد انكرت ذلك بشده وهو ما يتضح عبر مستدعياتها « أنا عمرى ما أعمل الحاجة دى » وإن كانت فى الوقت نفسه لم تنكر ممارسة

بعض قريناتها فى المؤسسة لها « فيه بنات فى المؤسسة بيعملوا الحاجات دى ... بس أنا عمرى ما عملت كده » . وبجانب ذلك فقد أشارت المفحوصة بأنها تمر بخبرات جنسية سواء أكانت غيرية أم مثلية « مفيش حاجة من دى خالص ... أنا باحافظ على نفسى كويس »

ولكنها فى الوقت نفسه تشير بأنها مرت بتجربة عاطفية فاشلة كان لها دوراً كبيراً فى كراهيتها لأفراد الجنس الآخر ويتضح ذلك عبر مستدعياتها « أنا حبيت واحد زميلى فى الفصل ، ولما عرف أننى بحبه ، قال لى لو حبيت أتجوز عمرى ما اتجوز واحدة زيك من مؤسسة ... ومن ساعتها اتعقدت من الصبيان كلها » .

العادات والمعتقدات « موقفها من الحياة » :

تأمل المفحوصة فى أن يكون لديها محل للخياطة والتريكو ليصبح لديها الكثير من المال « نفسى أبقى خياطه شاطره ، ويبقى عندى زبائن كتير ... ويبقى عندى فلوس كتير » .

وتميل المفحوصة إلى قضاء وقت فراغها فى مشاهدة التليفزيون بما يعرضه من مسلسلات ، وأفلام ، وبرامج الأطفال ، فضلاً عن ممارستها للألعاب الفردية عن الألعاب الجماعية حيث تميل بطبيعتها إلى الابتعاد عن الآخرين نظراً لمعاملتهم السيئة لها .

والمفحوصة لا تحرص على أداء الصلوات فى مواعيدها فعلى حد قولها « أنا ساعات باصلى وساعات لأ ... لكن بحب الدين ، وعارفه ربنا كويس » وبجانب ذلك فهى تتمنى أن تترك المؤسسة ويصبح لديها أسرة .

الأحلام :

تذكر المفحوصة بأنها غالباً ما ينتابها حالة من الأرق ، فكثيراً ما تنزعج أثناء الليل لدرجة لا تستطيع أن تكمل نومها « لما بكون مضايقة وزعلانه ... مبعرفش أنام كويس ... وأقعد أفكر فى اللى مزعلنى ... وأقعد أعيط لوحدى ... لحد ما أنام » . وثمه حلم يتكرر لدى المفحوصة على الدوام .

« حلمت أن فيه بير للزباله محطوط قدام المؤسسة ... وأنا والبنات اللى فى المؤسسة واقفين حواليه ، وبنولع فيه ، وعملنا حريقة ... والحريقة كبرت لغاية ما ولعت فى المؤسسة كلها ، وجات المطافى ، وطفت النار ، وبعد كده قعدنا ندور على حته ننام فيها ملقيناش ... وبعدها صحيت من النوم وكنت مضايقة .. وحسه أنى مخنوقة » . ٥

تفسير الحلم :

يشير الحلم على المستوى الوصفى إلى وصمة العار Stigma التى تشعر بها المفحوصة تجاه المؤسسة ، وهو ما جعلها تشبه المؤسسة (بالزبالة) بقدرما عبر الحلم عن عدم الرضا ، والرغبة من جانبها فى ترك المؤسسة إذ أن الإقامة بداخلها لا تعبر فى أى مستوى عن الشعور بالراحة وهو ما اتضح من خلال تعبير المفحوصة (بواقفين) ، إلا أن الرغبة هنا تبدو غير مكتملة ، وتفتقر للوضوح ، فبعد حريق المؤسسة لم تحقق الذات كسباً بقدر ما حققت خسارة فادحة ، فلم يعد هناك مأوى ، وهو ما يشير بدوره بأن الموضوع لم يعد يشبع الرغبة ، ولكن الأنا فى الوقت نفسه لا يستطيع أن يعيش بدونه ، وهو ما نجده بكثره لدى مرضى الاكتئاب .

الحالة الثامنة :

الاســـــم: بسمة

الســـــن : ١٤ عاماً

النـــــوع : أنثى

مكان الإقامة : مؤسسة تربية البنات الإسلامية بمدينة المنصورة .

نتائج المفحوصة على مقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجي

الدرجة الخام	الدرجة التائية
٣٢	٧٢

نتائج المفحوصة على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل تطبيق البرنامج العلاجي

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظارية	٢٤	٥٩
الاستعراضية	٣٠	٦١
السادية	٢٥	٦٤
المازوخية	٣٠	٧٥

الشكوى الحالية (سبب الإيداع) :

(بسمة) مراهقة تبلغ من العمر أربعة عشر عاماً ، وجدت صغيرة ،بمركز بلقاس بمحافظة الدقهلية ، ولم يستدل على أحد من أهلها ، فهى مجهولة النسب ، إلا أنها كانت أكثر حظا من قريناتها فقد عاشت داخل أسرة بديلة حتى بلغت من العمر (٦) سنوات ، فتم إلحاقها بمؤسسة تربية البنات الإسلامية ، وهى تقيم بها منذ ذلك الحين .

والمفحوصة تشكو من نظام الحياة داخل المؤسسة فعلى حد قولها « حياة مملة وكئيبة ، مفيش حاجة جديدة كل يوم زى التانى .. نفسى أعمل اللى أنا عايزاه .. ألبس اللى أنا عايزاه أكل اللى أنا عايزاه ... أخرج بحريتى ... مش زى هنا » . وهو ما يجعلها تأمل فى العيش مره أخرى داخل أسرة بديلة تستشعر من خلالها الحب والأمان بدلاً من تلك القسوة والشدة التى تلقاها سواء من جانب المشرفات أم من قريناتها بالمؤسسة ، فهى بحاجة للرعاية ، والاهتمام ، والإحساس بالأمن تجاه ذلك المستقبل المجهول .

وفيما يتصل بعلاقتها بقريناتها داخل المؤسسة فهى علاقة سيئة وبخاصة تجاه أحد المودعات التى تكبرها فى السن ، والتى تعاملها بنوع من القسوة والشدة « كانت بتخلينى أكنس وأمسح لغاية لما ظهرى يوجعنى ، مش بس كده ، ده كانت دايما بتخلينى أنام بالقوة ، ولو مانمتش تقوم تضربنى .. دايما عايزه تتحكم فيه .. ربنا يخلصنا منها » .

الأسرة واتجاه المفحوصة منها :

منذ أن تفتحت عينا المفحوصة على إدراك الواقع من حولها ، وهى تعيش داخل أسرة بديلة بمركز بلقاس ، فالأم تدعى (منال) ، والأب يدعى (فوزى) بجانب اثنين من الأبناء الذكور، وعلى الرغم من أن المفحوصة تعلم أن هذه الأسرة ليست أسرتها الحقيقية ، إلا أنها تكن لها حباً شديداً « كانوا دايما بيعطفوا عليه .. وبيجيبوا ليه اللى أنا عوزاه .. وكانوا بيعاملونى زى ولادهم بالضبط » . ولكن سرعان ما تلاشت هذه الوحدة الأسرية بوفاة الأب أولاً ، وانتهاءً بوفاة الأم عندما كان عمر المفحوصة يقترب من السادسة ، مما أدى بدوره لإيداعها بمؤسسة تربية البنات الإسلامية بمدينة المنصورة لتواجه عالم أكثر مرارة لم تجد فيه من يعوضها الحب، والحنان اللذان افتقدتهما بوفاة الوالدين بالتبنى سوى أبلة (حنان) التى تولى المفحوصة برعايتها وهو ما يتضح عبر مستدعياتها « لما أكون تعبانه بتراعينى ، ولو عايزه حاجة بتجبهالى »

وفيما يتصل بالمشاعر التى تكنها المفحوصة تجاه الوالدين الحقيقيين فهى مشاعر يسودها الكراهية إذ أنها تعتبرهما السبب الرئيسى فيما تعانيه وهو ما يتضح عبر مستدعياتها « ربنا يسامحهم همه اللى عملوا فيه كده ... سابونى ، واتخلوا عنى » .

الطفولة :

لقد عاشت المفحوصة منذ ميلادها مع أسرة بديلة أولتها بالرعاية ، والاهتمام ، على الرغم من ظروفها الاقتصادية البسيطة « كنا على قدنا ... لكن كنت مبسوطة معاهم .. ولما كبرت وبدأت أنزل الشارع بقيت ألعب مع صحابى .. وكنت بحبهم أوى » ، ولكن سرعان ما افتقدت المفحوصة هذه الحياة الأسرية بكل ما تعنيه من حب ، ورعاية ، واهتمام ، مما أدى لإصابتها بحالة من الاكتئاب فهى دائما تشعر بالحزن ، والقلق ، والخوف من المستقبل ، وهو ما دفعها للإنطواء ، والعزلة ، والانسحاب من إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين .

ولقد توقفت المفحوصة عن بلل الفراش فى سن مبكر ، ولكن سرعان ما عادت إليه مرة أخرى عند مجيئها للمؤسسة فعلى حد قولها « كنت بعملها على نفسى غصب عنى ، وماكنتش بحس بها إلا لما أقوم من النوم » . وهو ما دفع بعض قريناتها بالمؤسسة ممن يقيمون معها فى نفس العنبر للسخرية منها لأنها ما زالت تبلل فراشها ولم تجد المفحوصة وسيلة للرد على تلك السخرية سوى البكاء للتنفيس عن أحزانها ، وشعورها بالحرج ، ولعل ذلك كان سبباً أساسياً فى ابتعادها عن الآخرين .

وفيما يتصل بممارسة المفحوصة لعادة قضم الأظافر فهى لازالت تعانى منها حتى الآن « أنا على طول بقضم ضوافرى .. يعنى فيه ساعات بسرح .. لما أكون مضايقة ... بعملها وخلاص » . وبجانب ذلك فقد مرت المفحوصة بنوبات عصبية وبخاصة عندما يلحق بها الضرر من قبل الآخرين سواء أكان مادياً أم معنوياً « لما حد بيشتمنى ، أو ياخد حاجة منى ببقى عصبية أوى ، وببقى عايزة أكسر الحاجات اللى قدامى ... وساعات أبقى عايزة أموت نفسى »

التعليم :

التحقت المفحوصة بالمدرسة فى السنة السادسة من عمرها ، ولم تكن شغوفة بها ، ولعل ذلك كان سبباً أساسياً فى تدهور مستواها الدراسى حيث كانت دائمة الحصول على ملاحق فى سنوات الدراسة ، وهو ما ترجعه إلى قصور الرعاية المقدمة لها ، وعدم المتابعة من جانب

المشرفات نتيجة إنخفاض المستوى التعليمى لهم ، والذى يمثل بدوره ركيزة أساسية فى تدهور المستوى التعليمى لكافة الفتيات الموجودات بالمؤسسة ، وهو ما جعلها لم تستكمل دراستها فتوقفت عن الدراسة وهى فى الصف الخامس الابتدائى « سبت المدرسة ... علشان مبحبش أذاكر ، ومبحبش التعليم » .

وفيما يتصل بعلاقتها بالمدرسين فكانت علاقة مضطربة ترجع لعدم امتثالها لأوامر المدرسين فى القيام بالواجبات المدرسية فضلاً عن قيامها بأعمال شغب تجاه زميلاتها بالمدرسة .

أما عن علاقتها بزميلاتها فى المدرسة فكانت علاقة غير ودية ، ويتضح ذلك من خلال قلة الأصدقاء الذين تصادقهم فعلى حد قولها « ماكنتش بحب إلا إثنين ... رباب ولمياء » ولعل ذلك يرجع إلى سوء معاملة زميلاتها لها ، وهو ما كان يدفعها للتشاجر معهم بقدر ما دفعها إلى سرقة المأكولات والأدوات المدرسية التى يمتلكونها انتقاماً منهم « كنت بسرق الأكل والأقلام من العيال » وهو ما كان يعرضها فى بعض الأحيان للعقاب من جانب إدارة المدرسة .

العمل :

لقد مارست المفحوصة عده أعمال ، فإلى جانب قيامها بتنظيف المؤسسة مع باقى قريناتها كعمل إجبارى على جميع المودعات بالمؤسسة ، فقد تدربت على مهنة التريكو ، وبخاصة بعد تركها للمدرسة ، إلا أنها لم تستطيع تعلمها ، وهو ما جعلها تنتقل للتدريب على مهنة الخياطة، فظلت بها لمدة ستة أشهر ، ولكنها لم تستطيع أن تتقنها هى الأخرى ، وهو ما دفع إدارة المؤسسة إلى الحاقها للعمل داخل المطبخ للمساعدة فى إعداد الطهى ، فاستطاعت أن تجيد تلك المهنة ، وهو ما يتضح لنا عبر مستدعياتها « التريكو ، والخياطة ماكنتش بحبهم ، بس لما اتعلمت الطبيخ بقيت بأطبخ كويس أوى .. وكل اللى فى المؤسسة بيشكروا فى أكلى » .

والمفحوصة ترغب مستقبلاً فى ممارسة مهنة الطهى داخل أحد الفنادق ، وذلك لما تحققه هذه المهنة من مال وفير يحقق لها استقلاليتها ، والاستمتاع بحياتها كما تشاء .

الحوادث والأمراض :

لقد أشارت المفحوصة بأنها تعرضت لعده حوادث تمثلت فى إصابتها بكسر فى ساقها عندما كانت تبلغ من العمر (٩) سنوات « وقعت من على المرجيحة ورجلى اتخبطت فى الحديدة ، وبعدين ودونى المستشفى واتجبست » بقدر ما عرضت نفسها لبعض الحروق

البسيطة نتيجة ممارستها للألعاب النارية ، فضلاً عن تعرضها لحادثة أثناء ذهابها للمدرسة « كنت رايحة المدرسة ، وجت عجلة ، وقامت خبطانى ، ويعدين اتعورت فى جنبى » .

كما أشارت المفحوصة بأنها تعرضت لنزلات البرد الشديدة تلك التى تعانيها معظم المودعات بالمؤسسة نتيجة معيشتهم داخل عنابر يحتوى الواحد منها على أكثر من (١٢) فتاة ، وهو ما يتضح عبر مستدعياتها « لو واحده فى العنبر جلها برد ... العنبر كله بياخده ... وساعتها بحس أن صوتى مكتوم ، ومعرفش أكلم ، وزورى بيوجعنى ، ومعرفش أكل ، وأبقى مضايقة » .

الحقل الجنسى :

لقد بدأت المفحوصة في إدراك الفروق بين الجنسين عندما بلغت من العمر عشر سنوات ، وذلك عن طريق أحدى الفتيات التى تكبرها سناً بالمؤسسة ، فضلاً عن حدوث البلوغ لديها فى سن الثانية عشرة من عمرها .

وفيما يتصل بممارستها للعادة السرية فقد أنكرت ذلك بشدة ، وهو ما يتضح لنا عبر مستدعياتها « دى حاجة أرف ... شوف لنا سيره عدله .. أنا بنت أخلاق ... وليه شخصية » وبجانب ذلك فهى ترفض الإختلاط بأفراد الجنس الآخر « ما بحبهمش ... وماليش دعوه بيهم » وإن كان منافياً تماماً لما يحدث في الواقع ؟! .

ولقد أشارت المفحوصة بأنها لم تكن لها علاقات جنسية سواء أكانت غيرية أم مثلية « أنا ماليش فى الحاجات دى .. ده حتى لما بيجى حاجة فى التليفزيون زى كده أقوم مغمضة عينيه على طول .. ده حاجة قلت أدب » وهو ما يشير بدوره لتلك المقاومة الشديدة التى تبديها تجاه الخبرات الجنسية بوجه عام .

العادات والمعتقدات « موقفها من الحياة » :

تأمل المفحوصة فى أن تمارس مهنة الطهى بأحد الفنادق الكبرى ، وذلك لإيمانها بأن هذه المهنة سوف تجلب لها المال الوفير الذى يحق لها الإستقلالية ، والحرية من هذا الواقع المرير المحيط بها ، وهى تتخذ من أبلة حنان مثالاً أعلى تحتذى به فى حياتها .

والمفحوصة تحرص على أداء وقت فراغها فى مشاهدة التليفزيون بما يعرضه من مسلسلات، وأفلام ، وبرامج ترفيهية ، بقدر ماتحب قراءه المجلات ، والقصص ، وسماع

الكاسيت ، وبجانب ذلك فالمفحوصة تميل إلى ممارسة الألعاب الفردية « بحب أشترى الألعاب النارية زى الصواريخ ، والبمب ، وباكون فى قمة سعادتى لما أولع الصاروخ ويفرقع جامد » وإن كان ذلك يعرضها فى بعض الأحيان لالحاق الأذى بنفسها .

والمفحوصة تحرص علي أداء الصلوات في أوقاتها ، كما أنها تستجيب للنصائح الدينية ، وبجانب ذلك فهى تحرص على الاهتمام بمظهرها بصورة مبالغ فيها محاولة بذلك تعويض حالة النقص التى تعانيها ، وذلك لأنها تتسم بقصر القامة ، وبجانب ذلك فهى تتمنى مستقبلاً أن تترك المؤسسة ، وتتزوج بفتى أحلامها ويكون لديها أسرة تحقق لها الأستقلالية والطمأنينة .

الأحلام :

كثيراً ما ينتاب المفحوصة حالة من الأرق تجعلها لا تستطيع النوم حتى طلوع النهار وهناك ثمة حلم يتكرر لديها باستمرار « حلمت أننى رجعت تانى أعيش مع أهلى فى بلقاس ... بس المديرة والمشرفات ماكنوش راضيين يخلونى أرجع أعيش معاهم تانى ، فاعدت أشتم فيهم ، وأزعق لهم .. وفى الآخر رجعت لأهلى تانى غصب عنهم » .

تفسير الحلم :

لقد حقق الحلم رغبة المفحوصة اللاشعورية فى العودة مرة أخرى للعيش مع أسرتها التى كانت تقيم معها من قبل ، كى تحظى بالحب ، والرعاية ، والاهتمام التى افتقدتها منذ مجيئها للمؤسسة .. تلك الأخيرة التي لم تجد بداخلها سوى سوء المعاملة من جانب المشرفات والمديرة على حد سواء ، والتى عبرت عن كراهيتها تجاههم « أعدت أشتم فيهم ، وأزعق لهم » بقدر ما عبر الحلم عن قدرتها المطلقة فى إحياء والديها بالتبنى مرة أخرى كى تعيش فى كنفهما .

الحالة التاسعة :

الاسم: إيناس

السن : ١٦ عاماً

النوع : أنثى

مكان الإقامة : مؤسسة تربية البنات الإسلامية بمدينة المنصورة .

نتائج المفحوصة على مقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجى

الدرجة الخام	الدرجة التائية
٣١	٧١

نتائج المفحوصة على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل تطبيق البرنامج العلاجى

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظارية	٣١	٧٣
الاستعراضية	٣٢	٦٥
السادية	٣١	٧٤
المازوخية	٢٤	٥٧

الشكوى الحالية (سبب الإيداع) :-

(إيناس) مراهقة تبلغ من العمر ستة عشر عاماً ، عثر عليها فى أحد أحياء مدينة المنصورة ، وتم إيداعها بدار المساعى الخيرية إلى أن تم إلحاقها بمؤسسة تربية البنات الإسلامية بمدينة المنصورة بعد إتمامها السادسة من عمرها ، وهى تقيم بها منذ ذلك الحين .

والمفحوصة تعانى حالة من الحرمان الكلى نتيجة إفتقادها لوالديها ، وهو ما يجعلها تعانى من الجوع العاطفى وعدم الاحساس بالدف ء ، فضلاً عن حاجاتها للأمن والأمان تجاه ذلك المستقبل الغامض أمامها ، فهى ضحية ظروف اجتماعية قاسية فرضها الواقع عليها ، ومما يزيد من معاناتها سوء المعاملة التى تلقاها داخل المؤسسة ، وإضطهاد المشرفات والمديرة لها ، وهو ما يتضح لنا عبر مستدعياتها « دايما أوامر ... ممنوع الخروج ، ممنوع طلوع السطح ، ممنوع الوقوف فى الشباك ، إيه الأرف ده » .

وبجانب ذلك فقد أشارت المفحوصة بأن العاملين بالمؤسسة غير أمينين إذ إنهم يأخذون الهدايا التى تأتى لهم من أصحاب الخير « أول شئ يعمله الموظفين بعد ما يمشى الناس أنهم يلموا مننا الحاجات دى تانى ، ولما نقولهم هاتوا لنا أى حاجة منها ميرضوش ويضربونا ... حتى الـ (٨) جنيه اللى بتجلنا من المدرسة ، واللى بيدوها للأيتام بيخدوها مننا .. همة أدام الناس يعاملونا كويس ، ولما يمشوا يعملونا وحش » وعلى الرغم من سوء المعاملة التى تلقاها المفحوصة داخل المؤسسة إلا أنها تفضل البقاء بداخلها وبخاصة بعدما تغيرت معاملة المشرفات لها فى الأونه الأخيرة .

الأسرة واتجاه المفحوصة منها :-

منذ أن تفتحت عينا المفحوصة على إدراك الواقع ، وهى لاتعرف شيئا عن أسرتها ، فكل ما تعرفه أنها نشأت منذ طفولتها الباكره فى دار المساعى الخيرية ثم انتقلت للعيش بمؤسسة تربية البنات الإسلامية عندما بلغت من العمر (٦) سنوات ، وهو مايجعلها تكن كراهية شديدة تجاه الوالدين التى لاتعرف عنهم شيئا ، فهم سبب ما يحدث لها الآن بسبب تركهم لها ، وتخليهم عنها وهو ما يتضح عبر مستدعياتها « سابونى ، ورمونى فى الشارع ، مش كان المفروض أنهم يربونى ، ويبقى لى أخوات ... علشان كده أنا بكرهم » .

والمفحوصة تتخذ من أبلة حنان أماً بديلة لها فعلى حدقولها « بترعينى ، ولو عايزه حاجة بتجبهالى ، وحنينة عليه » وفى الوقت نفسه نجد وجود ثمة دور غائب ألا وهو الدور الذكرى البديل ، ولعل ذلك يرجع إلى وجود مشرف واحد فقط داخل مؤسسة البنات ، وهو يتسم بالقسوة والشدة فى معاملة المودعات بوجه عام ، ولعل ذلك يتضح لنا عبر مستدعياتها « الأستاذ صابر بيضربنا ، وينزلنا على الازاز برجلينا واحنا حافين »

الطفولة :-

لاتتذكر المفحوصة الكثير عن طفولتها ، وإن أشارت بأن طفولتها كانت تتأرجح بين الهدوء والشغب فى معاملتها لقريناتها فى المؤسسة ، ولزميلاتها فى المدرسة ، وبجانب ذلك فقد انتهت المفحوصة من تبليل الفراش فى سن (٦) سنوات ، إلا أنها ما زالت تمارس عادة قضم الأظافر « أنا باعمل كده لما بتحصلى مشكلة ، والمديره تكون طلبانى ولما أكون مضايقة » فضلاً عن مرورها بنوبات عصبية . « أصل أنا بضايق بسرعة ، وببقى عاوزه أكسر الحاجات اللى قدامى ... ده أنا اتشاكلت مع بنت هنا فى المؤسسة قمت رايحة مكسره لها قلم ومسطرة علشان أغيظها » .

وتشير المفحوصة بأنها لم تأخذ حقها فى الاستمتاع بطفولتها مثل باقى زميلاتها فى المدرسة ، نظرا لحرمانها من الوالدين ، وهو ما يجعلها تنظر إلى الحياة نظره تشاؤمية ، بقدر ما ينتابها حالة من الخوف الشديد إزاء المستقبل .

وتميل المفحوصة إلى زعامة أقرانها فهى بحكم سنها (١٦) سنة من أكبر المودعات بالمؤسسة ، وهو ما جعل إدارة المؤسسة تكلفها بالإشراف على قريناتها المقيمين معها فى نفس العنبر والذى يبلغ عددهم (١٢) فتاة ، وهو ما يجعلها تلجأ لإستخدام الضرب فى معاملتها لهم ، بقدر ما تكلفهم ببعض الأعمال من قبيل تنظيف العنبر ، وترتيبه ، وكأنها بمثابة صورة مصغره لمعاملة المشرفات لقريناتها فى المؤسسة .

التعليم :-

التحقت المفحوصة بالمدرسة فى سن السادسة من عمرها ، وعلى الرغم من أنها تبلغ من العمر (١٦) عاماً ، إلا أنها مازالت فى الصف الثانى الإعدادى نظراً لتكرار رسوبها ، وهو ما يتضح لنا عبر مستدعياتها « مرة سقطت فى سنة سادسة ابتدائى ، ومرة ثانية فى أولى

اعدادى » ، ولعل ذلك يرجع لعدم حبها للمدرسة فى الفترة الأخيرة « أنا كنت بحب المدرسة لغاية سنة رابعة ، وبعد كده كرهتها أصل كنت باخد واجب كتير ، وبعدين ماكنتش شطرة أوى » .

وفيما يتصل بعلاقة المفحوصة بالمدرسين فهى علاقة سيئة تفصح عن نفسها من خلال مستدعياتها « أنا بكره المدرسين أصلهم بيعاملوا بتوع المؤسسة معاملة وحشة .. دايما بيضربونا .. ده حتى كان فيه أبلة دايما بتشد الودان جامد ، لغاية ماخلت ودن بنت معانا فى الفصل واحدة فيها أكبر من الثانية » . وإن كان ذلك يرجع لعدم تأديتها للواجبات المدرسية .

وعن علاقتها بزميلاتها في المدرسة فهى علاقة سطحية ، بقدر ما تتسم بالندرة ، وهو ما يتضح لنا عبر مستدعياتها (أنا مليش أصحاب كتير فى المدرسة .. هيه واحدة بس ، ويتجيلى هنا فى المؤسسة ، لأن معظمهم مش كويسين ، وأنا مبصاحبش غير الكويسين » .

العمل : -

عملت المفحوصة منذ مجيئها للمؤسسة فى الأعمال التى يقوم بها معظم المودعات ، ألا وهى تنظيف المؤسسة ، وترتيبها ، والمساعدة فى إعداد الطهى ، فضلاً عن تعلمها لمهنة الخياطة والتى تقوم إدارة المؤسسة بتدريبهم عليها ، ومع بلوغها الخامسة عشرة من عمرها كلفتها إدارة المؤسسة بالإشراف على قريناتها المقيمين معها فى نفس العنبر والذين يبلغ عددهم (١٢) فتاه نظراً لأنها أكبرهم سناً .

وتأمل المفحوصة العمل بمهنة الإشراف بالمؤسسة مستقبلاً فعلى حد قولها « عايزه أبقى مشرفة زى المشرفات اللى هنا .. أصل أنا هنا بريس على البنات التانين ، ولما بقول لاخواتى حاجة بيسمعوا كلامى على طول » وهو ما يشير لميل المفحوصة لزعامة أقرانها والسيطرة عليهم .

الحوادث والأمراض : -

لقد تعرضت المفحوصة لحادث أدى الى كسر ذراعها الأيسر ، وهو مايتضح لنا عبر مستدعياتها « وأنا فى سنة رابعة إبتدائى وقعت من على السرير وأنا نايمة وايدى الشمال انكسرت .. أصل احنا ساعتها كان عندنا سراير بدورين ، وأنا كنت نايمة فوق فوقعت على الأرض ، وانكسرت ايدى ، وخادتنى أبلة حنان ، وودتنى المستشفى وجبسوالى إيدى » .

وبجانب ذلك فالمفحوصة تعانى من آلام بالقلب فعلى حد قولها « بحس ساعات كتير بشكه فى قلبى ، وقلت للمديرة أن قلبى بيوجعنى قالت لى هبقى أخلى الدكتور يكشف عليكى ، ومحدش سأل فيه ... ده مرة أيام المدرسة سمعوا هنا فى المؤسسة أن واحدة أغمى عليها ، ووقعت فى الشارع ، وجم ناس يسألوا إذا كانت واحدة من المؤسسة فحسبوها أنا .. بس بقى الحمد لله مطلعتش أنا .. طلعت واحده تانية من بره » .

الحقل الجنسى :-

لقد بدأت المفحوصة فى إدراك الفروق بين الجنسين عندما كانت فى الصف السادس الإبتدائى ، وذلك عن طريق أحد زميلاتها بالمدرسة ، وبجانب ذلك فقد بدأت مرحلة البلوغ فى الظهور لديها عندما بلغت من العمر (١٢) عاماً .

وفيما يتصل بممارستها للعادة السرية فقد انكرت ذلك بشدة فعلى حد قولها « محبش أعمل الحاجات دى ، بس أنا متأكده أن فيه بنات فى المؤسسة بتعملها ... وتلقيهم دايما يخشوا يستحموا مع بعض » .

وفيما يتعلق بمرور المفحوصة بخبرات جنسية سواء أكانت غيرية أم مثلية فقد أشارت بأنها لم تكن لها أي خبرات جنسية غير مشروعة فعلى حدقولها « مفيش حاجة من ده خالص ، وبعدين ده أنا شلأبره ... ولكنها فى الوقت نفسه لاتنفى تعلقها بأحد المجندين بإدارة المرور الموجودة بجوار المؤسسة ، فقد كانت تكن له حباً شديداً ، ولكن سرعان ماإنتهت هذه العلاقة « أصل كانت نيتة وحشة قوى .. والمديره عرفت إننى على علاقة به .. فقامت معاقبانى ، وحولتنى لجمعية سيدات الدقهلية لمده (٥) أيام ، وراحت إدارة المرور تشتكى لهم ، فقالوا لها مفيش حاجة من الكلام ده حصلت .. قالت لهم يعنى المشرفين كدابين ، وبيقولوا حاجات مبتحصلش وعلشان كده المديرة قفلت الشبابيك اللى بتطل على إداره المرور ، ومنعت أى واحدة تطلع السطح » .

العادات والمعتقدات (موقفها من الحياة) :-

تأمل المفحوصة فى أن تصبح مشرفة بمؤسسة تربية البنات الإسلامية بمدينة المنصورة، وهى تتخذ من أبله حنان مثالاً أعلى تحتذى به فى حياتها « إنسانه طيبه ، ودايما بتعاملنا كلنازى بعض ، زى مانكون ولادها » .

والمفحوصة تميل بطبيعتها للسيطرة والزعامة على الآخرين وهو ما يجعلها تميل لقضاء وقت فراغها في ممارسة الألعاب الجماعية ، بجانب حرصها على مشاهدة المسلسلات ، والأفلام البوليسية ، والمصارعة الحره ، فهي على حدقولها « بحب كل شئ فيه إثارة » .

وفيما يتصل بمدى ممارستها لشعائر عقيدتها فقد أشارت بأنها تواظب على أداء الصلاة ، وتحرص على اتباع التعاليم الدينية ، وإن كان ذلك منفياً لما يحدث في الواقع .

الأحلام :

تشير المفحوصة بأنها لا تستطيع النوم إلا في الساعات المتأخرة من الليل « بأفضل صحيه لغاية لما الفجر يطلع ... وباعد أفكر الواحدة مننا هتعمل إيه لما تخرج من هنا » وثمه حلم يتكرر لها على الدوام « حلمت أنني واقفه في ميه ، وبعدين لاقيت تحت رجلي سمك ... وكل لما أحاول أمسك واحدة تهرب مني ... حولت كتير ... لكن برضه معرفتش ... وبعدين صحيت من النوم وكنت مضايقة » .

تفسير الحلم :

يعبر الحلم على المستوى الوصفي عن حالة خاصة من القلق ، والتي يطلق عليها (قلق الزواج) وهي تلك الحالة التي تعبر في المستوى الدينامي عن رغبة المفحوصة في الزواج ، فالماء رمزاً للولادة ، والسمك رمز للزوج ، لكن المفحوصة ترى أن الأمر غاية في الصعوبة ، فعار المؤسسة يحول دون اقتراب الرجال للزواج ، وهذا ما عبرت عنه بقولها (كل لما أحاول أمسك واحدة تهرب مني) فالمعادلة التي صار عليها الحلم كانت مقلوبة وذلك لشدة الرغبة ... ولادة ثم زوج ، والمفترض أن يكون زوج ثم ولاده ، وهو ما جاء بالرمز (ماء ثم سمك) .

الحـــالة العاشرة :

الاســــم: نشوى

الســـن : ١٤ عاماً

النـــوع : أنثى

مكان الإقامة : مؤسسة تربية البنات الإسلامية بمدينة المنصورة .

نتائج المفحوصة على مقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجي

الدرجة الخام	الدرجة التائية
٣٣	٧٤

نتائج المفحوصة على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل تطبيق البرنامج العلاجي

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظارية	٢١	٥٣
الاستعراضية	٣٠	٦١
السادية	٢٠	٥٥
المازوخية	٢٩	٧٢

الشكوى الحالية (سبب الإيداع) :-

(نشوى) مراهقة تبلغ من العمر أربعة عشر عاماً ، عثر عليها أمام أحد المساجد مما أدى إلى إيداعها بدار المساعى الخيرية إلى أن تم الحاقها بمؤسسة تربية البنات الإسلامية بمدينة المنصورة بعد إتمامها السادسة من عمرها ، وهى تقيم بها منذ ذلك الحين .

والمفحوصة تعانى من سوء المعاملة التى تلقاها داخل المؤسسة من قبل المشرفين والمشرفات فهى لاتجد من يرعاها أويقدم لها المساعدة وهو مايتضح من خلال مستدعياتها « مفيش حد هنا ... بيفهمنى ... ومفيش حد بيحبنى ... وعلشان كده باحس أن الدنيا سودا ، ومرة كنت عايزة أرمى نفسى من الشباك ، أصل أنا حسة أن ربنا جبنى فى الدنيا ... عشان أشوف عذاب الناس .. بس فى نفسى » .

وفيما يتصل بعلاقتها بقريناتها داخل المؤسسة فهى علاقة سيئة نظراً لمشاجراتهم الدائمة معها وهوما دفعها للانطواء والابتعاد عن الأخرين ، وعدم مشاركتهم فى الأنشطة التى يمارسونها تجنبا للأذى الذى يلحق بها من جانبهم

الأسرة واتجاه المفحوصة منها :-

تدرك المفحوصة حقيقة واقعها المرير ، فهى منذ بداية حياتها لاتعرف أباً أو أماً لها فهى مجهولة النسب ، وهو ماجعلها تكن كراهية شديدة تجاه والديها اللذان تركاها فى هذه الحياه بلاسند أورعاية ، بقدر ما تعانى من سوء المعاملة والاهمال والنبذ من جانب الآخرين سواء أكان هؤلاء الآخرين المشرفين والمشرفات أم قريناتها فى المؤسسة أو زميلاتها فى المدرسة .

أما عن الصورة التى ترسمها المفحوصة لوالديها فتتضح من خلال قولها « أمى دى ... ست ظالمة ... معندهاش قلب ... رمتنى فى الشارع ... طيب جبتنى ليه ... لما هى عايزة ترمينى .. وأبويا ... راجل قاسى ... آه لو يعرفوا اللى أنا فيه ... لكن منهم لله وأنا بدعى ربنا أنه يؤديهم النار ... علشان هما يستاهلوا الحرق » .

الطفولة :-

تميل المفحوصة منذ الصغر إلى الإبتعاد عن الآخرين والإنزواء عنهم ، وهى لاتتذكر أى شئ عن طفولتها سوى علاقتها السيئة مع قريناتها فى المؤسسة « كان لما يجى جنبى ... كنت بأشتمه وأضربه ... علشان لما كنت آجى ألعب ... كانوا بيشدوا منى اللعب » .

وقد ظلت المفحوصة تبلل الفراش حتى سن الثامنة تقريباً مما كان يعرضها للعقاب الشديد من جانب المشرفات فضلاً عن استهزاء قريناتها بالمؤسسة لها مما دفعها إلى الإنعزال عن الآخرين وعدم مشاركتهم في ألعابهم ، بقدر ما أصابها بحالة من الحزن ، والاكتئاب .

وبجانب ذلك فقد مارست عادة قضم الأظافر خاصة بعد أن تستيقظ من نومها وتجد نفسها وقد بللت فراشها ، وهى تأمل فى الامتناع عن ممارسة هذة العادة « أنا نفسى أبطل العادة دى ... بس أعمل إيه ... ما بقدرش خالص ... دايما تلاقينى طول ما أنا قاعدة ... آكل فيهم » .

التعليم :-

التحقت المفحوصة بالمدرسة عندما كانت تبلغ من العمر (٦) سنوات وكانت لاترغب فى الذهاب اليها « أنا مابحبش المدرسة ... الأبلة هناك بتضربنى ويتشد ودانى ... عشان ماكنتش بحب أعمل الواجب » . مما ترتب عليه رسوب المفحوصة فى الصف الثالث والرابع الإبتدائى الأزهرى .

وقد أرجعت المفحوصة ضعف مستواها الدراسى إلى كثرة الأعمال التى تقوم بها داخل المؤسسة « كنا بندخل المطبخ ... نمسح ... وننضف وكنا نمسك العيال الصغيرين ... ننضفهم ... ونسرح شعرهم ... ونرتب سرايرهم ... وكان ده بيحصل ساعات أيام الامتحانات ... إزاى بقى هذاكر بعد التعب ده كله » وبجانب ذلك فقد عانت من سوء معاملة زميلاتها بالمدرسة لها فعلى حدقولها « كانوا بيعايرونى ويقولولى ... يابتاعه الملجأ » .

العمل :-

تعددت الأعمال التى مارستها المفحوصة وبخاصة فى أوقات الإجازات الدراسية وقد تمثلت فى مهنة التطريز والخياطة بالإضافة إلى أعمال المطبخ والتنظيف إلا أنها كانت تفضل ممارسة مهنة التطريز على باقى الأعمال الأخرى .

ولكنها بالرغم من تفضيلها لمهنة التطريز إلا أنها لم تحب المشرفة التى كانت تقوم بتعليمها « أنا بكره الأبله سناء ... عشان لما كنت بغلط كانت بتدخل الإبرة فى إيدى » .

وتأمل المفحوصة فى أن يكون لديها مستقبلا محل تطريز ليكون عملاً لها « نفسى يكون ليه محل ...والناس تيجينى ... وأنا أشتغل ويبقى عندى بنات يشتغلوا عندى ... وأبقى غنيه وأبعد عن المؤسسة المقرفة دى »

الحوادث والأمراض :-

لقد تعرضت المفحوصة لعدة حوادث أولها عندما كانت فى الثامنة من عمرها « كنت بألعب مع واحدة صحبتى ... فحدفتنى بطوبة كبيرة ... فراسى انفتحت » وهو ما أدى إلى ترك آثار واضحة حتى الآن .

وفيما يتصل بالحادثة الثانية فقد تمثلت على حد قولها « رُحت أنضف المطبخ ... وكان فيه ميه على الأرض ... قمت إزحلقت ... وانكسرت رجلى ... وبعدين إتجبست » .

وبجانب ذلك فالمفحوصة تعانى من أزمات ربو متكررة ، بقدرما تعانى من بعض الأمراض الأخرى من قبيل حدوث تورم فى القدمين واليدين .

الحقل الجنسى :-

لقد بدأت المفحوصة فى إدراك الفروق بين الجنسين فى سن الحادية عشرة من عمرها وذلك عن طريق قريناتها بالمؤسسة بقدر ما بدأت مرحلة البلوغ لديها فى سن الثالثة عشرة من عمرها ، وهو ماسبب لها الكثير من القلق ، ولكن سرعان مازال هذا القلق عندما علمت بحدوثه لدى باقى قريناتها بالمؤسسة .

وفيما يتصل بممارسة المفحوصة للعادة السرية فقد استنكرت معرفتها بذلك « أنا أصلاً معرفش يعنى إيه ... » . بقدر ما أنكرت مرورها بخبرات جنسية سواء أكانت غيرية أم مثلية « أنا بخاف من ربنا ... علشان هيجلنا يوم القيامة ... وأنا نفسى أخش الجنة .. علشان كده مبعملش الحاجة الوحشه دى » .

وفيما يتصل بعلاقة المفحوصة بأفراد الجنس الآخر فهى علاقة سطحية فى ظاهرها ، وإن كانت تحمل فى طياتها رغبة مكبوتة لإقامة علاقة جنسية معهم ، وهو ما يقف لها الأنا الأعلى بالمرصاد ولعل ذلك يتضح عبر مستدعياتها « أنا نفسى يبقى ليه صحاب صبيان ، ألعب معاهم ، وأضحك معاهم .. بس من بعيد لبعيد »

العادات والمعتقدات (موقفها من الحياة) :-

تأمل المفحوصة فى أن يكون لديها محل للتطريز لتصبح غنيه « أنا بعد ما أطلع من هنا ... لازم يكون عندى محل للتطريز ... عشان أكون غنيه وعندى فلوس ... وماحدش يتحكم فيه »

والمفحوصة تميل الى الجلوس بمفردها ، والابتعاد عن الآخرين ، بقدر ما تفضل ممارسة الألعاب الفردية على الألعاب الجماعية .

وتشير المفحوصة بأنها لاتواظب علي أداء الشعائر الدينية ، بقدر ما تلجأ للكذب كوسيلة دفاعية للتخلص من العقاب « ماحدش هنا بيقول لى أصلى .. ولو جيت أصلى ...بلاقى إخواتى هنا ... يأعدوا ويقولوا لى ... أنتى هتعملى فيها شيخه » ولكنها فى الوقت نفسه تؤكد حرصها على صيام شهر رمضان .

الأحلام :-

تذكر المفحوصة أنها غالبا ما تنتابها حالة من الأرق وتنزعج كثيراً أثناء الليل لدرجة أنها لا تستطيع أن تكمل نومها « لما بكون مضايقة وزعلانة ... ما بعرفش أنام كويس ... وأقعد أفكر فى اللى مزعلنى ... وأقعد أعيط لوحدى ... لحد ما أنام » وثمه حلم يتكرر لدى المفحوصة على الدوام « حلمت إن فيه ناس عايزه تيجى تموتنى .. وبعدين أناكنت واقفه ورا الباب وبقفله أوى ... وناديت على البنات اللى معايا فى المؤسسة علشان يقفلوا معايا الباب أوى .. لكن محدش سأل فيه .. وكنت خايفة أوى .. وبعدين الناس دول كسروا الباب ... وهجموا عليه ، وكان معاهم سكينة ... وعاوزين يضربونى بيها ، بعدين صحيت من النوم وأنا بصرخ » .

تفسير الحلم :-

يشير الحلم على المستوى الوصفى لصورة اكلينيكية مؤداها أن المفحوصة تعانى من سوء ظن بالآخرين أدى بدوره إلى شك ثم إلى كراهية . أمّا على المستوى الدينامى فالحلم يوضح مدى الشعور بالقلق من حضرة الآخرين ، وإضطراب العلاقة بهم ، والرغبة فى قطع كل أواصر الصلة بهم ، وهو ما يبدو فى (... وقفه ورا الباب وبقفله أوى) ولكن الرغبة هنا تواجه نقيضها فهى تريد أن يساعدها الآخرين فى القضاء على (الأخر) بداخلها ، وكأن الأمر فى النهاية دفاع بالقلق ضد القلق ، فالآخر محبوب ومكروه معاً ؛ فهو محبوب لأن الأنا لا تستقيم بدونه حتى لا يصبح الليبيدو دون موضوع ، ومكروه لأن الأنا ضعيفة وهو يلغها تماماً .

نتائج الدراسة الإكلينيكية ومناقشتها :

نتناول فيما يلى نتائج الدراسة الإكلينيكية ، والتحقق من فروضها ، وذلك بأن يعرض الباحث الفرض فى البداية ، والطريقة الإحصائية لمعالجته ، ثم النتائج الاحصائية ، يلى ذلك تفسير هذه النتائج ، وفى النهاية نصل إلى مدى تحقق الفرض من عدمه .

الفرض الثالث : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الاكتئاب قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى فى اتجاه انخفاض الاكتئاب .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باتباع الخطوات التالية :

حساب قيمة (ت) بين متوسطات الدرجات التى حصل عليها المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الاكتئاب قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى كما هو موضح بالجدول التالى :

جدول (٤٩)

يوضح نتائج إختبار (ت)

بين درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الاكتئاب

قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي

م	الاسم	درجات الأفراد في التطبيق القبلي	درجات الأفراد في التطبيق البعدي	ف	ح ف	ح ٢ ف
١	عماد	٧٣	٦١	١٢	٠,٧	٠,٤٩
٢	جمال	٧٣	٥٥	١٨	٦,٧	٤٤,٨٩
٣	سمير	٧٦	٦٦	١٠	١,٣-	١,٦٩
٤	عصام	٧٥	٧٠	٥	- ٦,٣	٣٩,٦٩
٥	صابر	٧٢	٥٧	١٥	٣,٧	١٣,٦٩
٦	مها	٧٥	٧١	٤	- ٧,٣	٥٣,٢٩
٧	سالي	٧٨	٦٩	٩	- ٢,٣	٥,٢٩
٨	بسمة	٧٢	٥٩	١٣	١,٧	٢,٨٩
٩	إيناس	٧١	٥٥	١٦	٤,٧	٢٢,٠٩
١٠	نشوى	٧٤	٦٣	١١	- ٠,٣	٠,٠٩
			١١٣			١٨٤,١

$$\text{م ف} = \frac{\text{مجـ ف}}{\text{ن}} = \frac{١١٣}{١٠} = ١١,٣$$

$$\text{ت} = \frac{\text{م ف}}{\sqrt{\frac{\text{مجـ ح ٢ ف}}{\text{ن (ن - ١)}}}} = \frac{١١,٣}{\sqrt{\frac{١٨٤,١}{٩٠}}} = \frac{١١,٣}{١,٤٣} = ٧,٩٠$$

وبالكشف عن قيمة ت المحسوبة (٧,٩٠) عند درجةحرية (٩) وجد أنها دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض معد ل الاكتئاب لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

تفسير نتيجة الفرض الثالث :

تشير نتيجة الفرض الثالث إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الاكتئاب قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى حيث جاءت قيمة ت (٧,٩٠) دالة إحصائياً عند مستوى ٠١, وذلك فى إتجاه انخفاض الاكتئاب مما يشير إلى أن البرنامج العلاجى المستخدم فى الدراسة قد أدى إلى انخفاض معدل الاكتئاب لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

ويرجع الباحث هذه النتيجة إلى الدور الفعال لجماعات الحوار Encounter Groups والتى جعلت المفحوص (المفحوصة) يقوم بعمل مغاير عبر المؤانسة والاتصال بالآخرين فى الجماعة العلاجية ، وهو ما كانت تقاومه جل الحالات إن لم يكن كلهن ، « حيث الانسحاب من الواقع والطابع النرجسى ، الذى يمثل فى ذاته جرحاً نرجسياً من الأخرين ، بقدر ما هو حاجة نرجسية زائدة ، وثنائية وجدانية متفاقمة ، بما تضمه الثنائية من كراهية للأخرين ترتد إلى الذات ، وهو ما يمثل عاملاً فعالاً فى مشاعر الذنب وفقدان تقدير الذات الذى يعايشه المكتئب »

(حسين عبد القادر محمد ، حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٢ ، ٢٣ - ٢٤) وهو ما أوضحه فرويد عند تفسيره لتأنيبات الذات عند مرضى الاكتئاب *(Freud, S., 1917)* وهو ما وجدنا كثيراً من أشكاله وتبايناته بين أفراد عينة الدراسة على خلاف فى الدرجة .

لقد وعى أفراد العينة (الذكور والإناث) – مع إختلاف فى الدرجة – بعضا مما وراء زملة أعراضهم الاكتئابية ، و واقعهم المعاش وأمسكوا بتلابيب مسارب للكامن فى الماظهر ، وكان ذلك بكله إثراءً لمادة إكلينيكية ليس السبيل لعرضها ، إذ أن الجانب الإكلينيكي يحتاج وحده لمئات الصفحات ، ما بين مضمون كل جلسة على حده ، وبعض التفاصيل المتصلة بدلالات بعينها ، وذلك بجانب الدلالات التطورية من جلسة لأخرى (٤٨) جلسة ، مع التطور المصاحب لكل حالة ، وما تتضمنه من تقدم ونكوص ودفاعات وعلاقات بالموضوعات وتفسيرات مصاحبه.

ومن ناحية أخرى ما ألزمنا به الموقف العلاجى أحياناً من تقنيات Techniques مساعدة لإحماء الجلسات الجماعية عندما تحدث لحظات انطفاء ، أو لفك عقال المقاومات الضارية التى كانت تواجه المعالج أحياناً من هذا المريض أو تلك ، والتى كانت فى كلها علامات متوقعة

لدفاعات المكتئب « إذ يقاوم إقامة متصل بذلك العالم الذى أنكره » *(حسين عبد القادر محمد ، ١٩٧٤)* وذلك كله بجانب عنف العلاقات الطرحية أحياناً بأشكالها المتعددة سواء بين المرضى بعضهم البعض ، أم بين أى منهم والمعالج .

تلك العلاقات التى استطعنا من خلالها أن نعيد للمرضى ما صنعته الصراعات سواء مع الذات أم مع الأخرين ، وذلك عن طريق ترميم علاقة المريض بذاته ، وبالأخرين ، والرجوع إلى المواقف الحياتية ، والقضاء جزئياً على الطابع النرجسى للأنا ، والتخفيف من الشعور بالذنب ، والاستبصار بالذات ، وعلى ضوء ذلك نستطيع أن نرصد ونفسر نتائج الفرض سواء على المستوى الكمى أو الكيفى « إذ أننا لا نقف عند دلالة الأرقام بل نتجاوز ذلك إلى عوامل تفسيريه قد تخطو بنا للضفة الأخرى من النهر ، فتقترب بنا من الفهم لا مجرد التفسير» *(حسين عبد القادر محمد ، حسين سعد الدين الحسينى ، ١٩٩٢ ، ٢٥)* « إذ أن الأرقام لا تعيننا كثيراً على فهم سلوك فرد بعينه فى موقف محدد فى الزمان والمكان » *(يوسف مراد ، ١٩٦٣ ، ٥)* وهو ما يدفعنا إلى تناول الإحصاء تناولاً كمياً ، كيفياً .

فمن الناحية الكمية أوضحت النتائج الإحصائية أن المفحوص (سمير) قد حصل على أعلى الدرجات بالنسبة (لمجموعة الذكور) على مقياس الاكتئاب (٧٦) درجة تائية ، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وها هو يحصل على (٦٦) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، ورغم انخفاض هذه الدرجة إلا أنها لما تزل بعيدة هونا عن السوية .

كما أوضحت النتائج أن المفحوص (عصام) قد حصل على درجة مرضية مرتفعة فى الاكتئاب (٧٥) درجة تائية وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وعلى الرغم من انخفاض الدرجة إلى (٧٠) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى إلا أنها لما تزل فى النطاق المرضى ، وبجانب ذلك فقد حصل المفحوص (عماد) على (٧٣) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وها هى درجته تنخفض إلى (٦١) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، وقد يبدو هذا الانخفاض ملحوظاً من حيث درجة الشدة ، لكنه لم يصل بعد إلى درجة متوسطة ، وفى الوقت نفسه كان المفحوص (صابر) يليه فى ارتفاع الدرجة (٧٢) درجة تائية ، إلا أنه حقق تحسنا ملحوظا حيث حصل على (٥٧) درجة تائية وذلك بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، مما يشير إلى تحسن ملحوظ فى حالته ، وهو التحسن الذى وصل درجته القصوى عند المفحوص (جمال) إذ أصبح بعد تطبيق البرنامج العلاجى (٥٥) درجة تائية بدلاً من (٧٣) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج .

وفيما يتصل بعينة الإناث فقد أوضحت النتائج الاحصائية أن المفحوصة (سالى) قد حصلت على أعلى الدرجات بالنسبة (لمجموعة الإناث) على مقياس الاكتئاب (٧٨) درجة تائية ، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وها هى تحصل على (٦٩) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، وهو ما يمكن إرجاعه لفقدان أى مدد خارجى نظراً لغياب الوالدين ، وعدم وجود بديل لهما .

كما أوضحت النتائج أن المفحوصة (مها) قد حصلت على درجة مرضية مرتفعة فى الاكتئاب (٧٥) درجة تائية وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وعلى الرغم من انخفاض الدرجة إلى (٧١) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى إلا أنها لما تزل فى النطاق المرضى . وعلى الجانب الآخر نجد المفحوصة (نشوى) والتى حصلت على درجة مرضية فى الاكتئاب (٧٤) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، قد إنخفضت درجتها إلى (٦٣) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، وقد يبدو هذا الانخفاض ملحوظاً من حيث درجة الشدة ، لكنه لم يصل بعد إلى درجة متوسطة ، ومن ناحية أخرى نجد المفحوصة (بسمة) والتى حصلت على درجة مرضية مرتفعة في الاكتئاب (٧٢) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، قد انخفضت الدرجة لديها بعد تطبيق البرنامج العلاجى إلى (٥٩) درجة تائية مما يؤكد التحسن الملحوظ فى حالتها ، وهو التحسن الذى وصل درجته القصوى عند المفحوصة (إيناس) إذ أصبحت بعد تطبيق البرنامج العلاجى (٥٥) درجة تائية بدلاً من (٧١) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى .

هذا من ناحية الدلالات الكمية ، التى يرى الباحث أنها تقف عند الرصد للظاهرة دون التحليل والتفسير ، مما كان مداعاة لأن نبحث عن دلالات كيفية تؤكد مدى صحة النتائج التى تم التوصل اليها ، فمن حيث الدلالات الكيفية نجد أن الدلالات المرضية التى كانت واضحة تماماً فى الجلسات العلاجية قد اختفى بعضها كلية والآخر كان اختفاؤه جزئياً والحالات التى أمامنا كان لها من الأعراض الفسيولوجية والنفسية ما يوضح للوهلة الأولى عن وجود اكتئاب نفسى ، حيث الصداع المزمن ، وفقدان الشهية ، وعدم القدرة على التركيز ، وتشتت فى الانتباه ، وقلة فى النوم ، والنوم فى الساعات الأولى من الصباح ، هذا بالإضافة إلى الأعراض النفسية التى تتضح فى شعور بالإحباط ، واليأس ، والحزن ، والإنعزال عن الأخرين ، والأفكار السوداوية ، وانخفاض فى تقدير الذات .

واذا نظرنا إلى هذه العوامل التى أثارت الاكتئاب لدى المفحوصين نجدها وقد تحددت فى عدم التوازن بين الدفعات الغرزية الخاصة بالحب والعدوان والتنوع فى استخدام ميكانيزمات الدفاع ، هذا بالإضافة إلى اضطراب فى علاقة المرضى بالموضوع .

فقد كان فقدان الحب هو العامل الأساسى فى الاكتئاب لدى المرضى ، حيث انعدام العلاقة الوالدية الطبيعية ، وانعدام العلاقة بالأخرين ، وهو ما ركز عليه الباحث من خلال الجلسات العلاجية ، حيث حرص على تنمية المهارات الاجتماعية من خلال عمليات المؤانسة ، فقد شعر المرضى بعد الجلسات العلاجية بأنهم محبوبون ، ولديهم القدرة علي الحب فأصبحت لهم علاقات وثيقة متبادلة من الحب .

ومن ناحية أخرى نجد أن المرضى قبل تطبيق البرنامج العلاجي كانوا يعانون من فقدان شبه تام بالموضوع وهو ما أدى إلى عمق الشعور بالاكتئاب حيث ابتعاد الموضوع معنوياً وعاطفياً ومكانياً ، وقد يرجع ذلك إلي الصراع فى الموقف الأوديبى وتحديداً فى الصراع مع الأم ، ذلك الذى يهدد دائما بانفجار العدوانية التي يراها المريض الاكتئابى بأنها مطلقة القدرة ويعد هذا الموقف من أهم المواقف التى تؤدى لمزيد من الشعور بالاكتئاب والتى تغلب عليها الباحث من خلال التخفيف من حدة النرجسية فى علاقة المرضى بموضوعاتهم ، وعمل نوع من الاستبصار فى أن الموضوع المحبوب لا يشترط أن يكون مطلق الطيبة وقوى وقادر ولا يخطئ ولا تشوبه شائبة

وبذلك استطاع الباحث أن يعيد توحد الدفعات الغرزية فظهر الحب واختفى العدوان وأصبح هناك توازن قوى بين الطاقات الغرزية كما أصبح هناك توازن بين ميكانيزمات الدفاع التى احتفظت بطاقات الحب والكراهية ، وبجانب ذلك استطاع البرنامج العلاجى أن يتغلب على الاحباط ، وهنا أصبح الليبدو ذا معنى حيث أصبح ذا موضوع ، وموضوع جديد للحب ، فأصبح الحب المتمثل فى العلاقة بالآخرين قوياً غير عاجز ، لا يخشى أن تهاجمه الكراهية وفيما يتصل بالجانب الاكتئابى لدى المرضى نجد أن المازوخية قد كان لها دوراً كبيراً فى الاكتئاب حيث أدت إلى تضخيم الشعور بالذنب وذلك عن طريق التوحد بالنموذج الأبوى . وقد تغلب الباحث على ذلك فى الجلسات العلاجية عن طريق العلاقة الطرحية الموجبة التى أدت إلى التوحد بنموذج أبوى ناضج ، كان متمثلاً فى حركة الذهاب والاياب بين الباحث والمشرفين فى المؤسسة « وهو ما سوف نعود إليه تفصيلاً فيما بعد » .

الفرض الرابع: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي .في اتجاه انخفاض النزعات الغرزية الجزئية.

وينقسم الفرض الرابع إلى أربعة فروض فرعية تتمثل في الآتي :

(أ) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد النظارية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي .في اتجاه انخفاض النظارية .

(ب) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد الاستعراضية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي في اتجاه انخفاض الاستعراضية .

(جـ) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد السادية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي في اتجاه انخفاض السادية .

(د) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد المازوخية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي .في اتجاه انخفاض المازوخية .

وللتحقق من صحة الفرض الفرعي (أ) المشتق من الفرض الرابع قام الباحث بإتباع الخطوات التالية:

حساب قيمة (ت) بين متوسطات الدرجات التي حصل عليها المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد النظارية قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي كما هو موضح بالجدول التالي :

جدول (٥٠)

يوضح نتائج إختبار (ت)

بين درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد النظارية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى

م	الاسم	درجات الأفراد فى التطبيق القبلى	درجات الأفراد فى التطبيق البعدى	ف	ح ف	ح ٢ ف
١	عماد	٦٣	٦٢	١	- ٤	١٦
٢	جمال	٦٠	٥٤	٦	+ ١	١
٣	سمير	٥٤	٥١	٣	- ٢	٤
٤	عصام	٦٢	٥٤	٨	+ ٣	٩
٥	صابر	٧٠	٦٧	٣	- ٢	٤
٦	مها	٦١	٥١	١٠	+ ٥	٢٥
٧	سالى	٧١	٦٧	٤	- ١	١
٨	بسمة	٥٩	٥١	٨	+ ٣	٩
٩	إيناس	٧٣	٧١	٢	- ٣	٩
١٠	نشوى	٥٣	٤٨	٥	صفر	صفر
			٥	٥٠		٧٨

$$م ف = \frac{مجـ ف}{ن} = \frac{٥٠}{١٠} = ٥$$

$$ت = \frac{م ف}{\sqrt{\frac{مجـ ح ٢ ف}{ن (ن - ١)}}} = \frac{٥}{\sqrt{\frac{٧٨}{٩٠}}} = \frac{٥}{٠,٩٣} = ٥,٣٧$$

وبالكشف عن قيمة ت المحسوبة (٥,٣٧) عند درجة حرية (٩) وجد أنها دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجى فى خفض معدل النظارية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

تفسير الفرض الفرعى (أ) المشتق من الفرض الرابع :

تشير نتيجة الفرض الفرعى (أ) المشتق من الفرض الرابع إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد النظارية قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى ، حيث جاءت قيمة ت (٥,٣٧) دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ ، وذلك فى اتجاه انخفاض النظارية مما يشير إلى أن البرنامج العلاجى المستخدم فى الدراسة قد أدى إلى إنخفاض معدل النظارية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

فمن الناحية الكمية أوضحت النتائج أن المفحوص (صابر) قد حصل على أعلى الدرجات بالنسبة (لمجموعة الذكور) على بعد النظارية (٧٠) درجة تائية ، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وعلى الرغم من إنخفاض الدرجة إلى (٦٧) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، إلا أنها لما تزل بعيده هونا عن السوية .

كما أوضحت النتائج أن المفحوص (جمال) قد حصل بعد النظارية على (٦٠) درجة تائية وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وها هى درجته تنخفض إلى (٥٤) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، وقد يبدو هذا الانخفاض ملحوظ لحد ما ، لكنه لم يصل بعد إلى درجه متوسطة .

وعلى الجانب الآخر نجد المفحوص (عصام) والذى حصل فى بعد النظارية على (٦٢) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، قد إنخفضت الدرجة لديه بعد تطبيق البرنامج العلاج إلى (٥٤) درجة تائية مما يؤكد التحسن الملحوظ فى حالته ، وذلك عكس المفحوص (عماد) الذى لم تختلف درجته على بعد النظارية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجى سوى درجة تائية واحدة فبعد أن كانت (٦٣) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى أصبحت (٦٢) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى .

كما أشارت النتائج الاحصائية إلى أن المفحوص (سمير) حصل على (٥٤) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى لتصل بعد إنتهاء البرنامج العلاجى إلى (٥١) درجة تائية ، وعلى الرغم من أن الدرجة التى حصل عليها قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجى كادت أن تقترب من السوية ، إلا أن هناك فرق بين الدرجتين فى اتجاه انخفاض النظارية ، وهو ما يؤكد الدور الفعال للبرنامج العلاجى .

وفيما يتصل بعينة الإناث فقد أوضحت النتائج الاحصائية أن المفحوصة (إيناس) قد حصلت على أعلى الدرجات بالنسبة (لمجموعة الإناث) على بعد النظارية (٧٣) درجة تائية ، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وها هى تحصل على (٧١) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، إلا أنها لما تزل فى النطاق المرضى .

كما أوضحت النتائج أن المفحوصة (سالى) قد حصلت على درجة مرضية مرتفعة فى النظارية (٧١) درجة تائية وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وعلى الرغم من انخفاض الدرجة إلى (٦٧) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، إلا أنها لما تزل بعيده هونا عن السوية .

وعلي الجانب الآخر نجد المفحوصة (بسمة) والتى حصلت على (٥٩) درجة تائية فى بعد النظارية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، قد إنخفضت الدرجة لديها بعد تطبيق البرنامج العلاجى إلى (٥١) درجة تائية مما يؤكد التحسن الملحوظ فى حالتها ، وهو التحسن الذى وصل درجته القصوى عند المفحوصة (مها) إذ أصبحت بعد تطبيق البرنامج العلاجى (٥١) درجة تائية بدلاً من (٦١) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى .

كما أشارت النتائج الاحصائية إلى أن المفحوصة (نشوى) حصلت على (٥٣) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى لتصل بعد إنتهاء البرنامج العلاجى إلى (٤٨) درجة تائية ، وعلى الرغم من أن الدرجتين التى حصلت عليهما قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجى كادت تقترب من السوية ، إلا أن هناك فرق بين الدرجتين فى اتجاه انخفاض النظارية ، وهو ما يؤكد الدور الفعال لجماعات الحوار كأحد أساليب العلاجْ الجماعى فى خفض معدل النظارية بوجه عام لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

هذا من ناحية الدلالات الكمية ، التى يرى الباحث أنها تقف عند حد الرصد للظاهرة دون التحليل والتفسير ، مما كان مداعاه لأن نبحث عن دلالات كيفية تؤكد مدى صحة النتائج التى تم التوصل إليها .

فمن حيث الدلالات الكيفية نجد أن النظارية لدى عينة الدراسة هى بمثابة لغة غير عادية تقوم على أساس نسق من المتقابلات الضمنية بقدر ما هى صوره تحمل معنى « الرؤية » أو « النظر » وكأنها – أى النظارية – تحمل البشرى السعيدة التى هى فاتحة لعهد المحبة الذى

يدل على تحقيق الرغبة التى لا تقف عند تفضيل للحفزة الغرزية الفطرية المتمثلة فى الجنس ، بل تتعدى ذلك لتصل إلى الآخر الذى هو هدف لكل رغبة ، وذلك حتى تنتقل الأنا من مرحلة الأنانية إلى مرحلة الغيرية .

ولكن الأنا تمارس ذلك على مستوى المتخيل فقط إلى أن جاء العلاج الجماعى وأدى إلى النقلة الكيفية الحقيقية من الأنانية إلى الغيرية . أي أن البرنامج العلاجى هنا أدى بالنظارية إلى الانتقال من حالة العماء فى المعنى – وليس فى الصورة – والاختلاط والفوضى إلى حالة من التنسيق والبناء مما أدى بالذات إلى اكتساب طابع بنيوى سليم لا يضع العربة أمام الحصان وذلك كما كان الحال قبل العلاج .

ويرى الباحث من خلال هذه النتائج أن النظارية لا ينطبق عليها القاعدة القائلة بأن السوية والمرض هما هما من حيث المبدأ مختلفان من حيث الانتظام أو أن الاختلاف اختلاف فى الدرجة، بمعنى أنه إذا ذادت درجة النظارية أطلقنا عليها اسم المرض وذلك لأن النظارية فى أعلى درجاتها قد لا تعبر عن مرض أو انحراف بقدر ما تعبر عن حالة من الاشباع أو الافراط فى تحقيق الرغبة بصورة واحدة ، مما يجعل العقل فى حاجة لاختراع وسيلة أخرى مختلفة لتحقيق الرغبة ، التى ما لبثت أن أصبحت على حافة الموت من كثرة التكرار ، فطمع الخيال بالنظر فى الحصول على كل ما هو شاذ وغريب من أجل الحصول على لذه الاختلاف من خلال الصورة ، فالنظارية هنا لا تعبر عن شذوذ بقدر ما تعبر عن تحقيق للرغبة فى ثوب آخر .

ويرى الباحث أيضا أن النظارية قد لا تعبر عن لغة المرض إلا إذا كانت تعبر عن فعل الشرط ، وجواب الشرط ! بمعنى أن الرغبة لا تتحقق إلا بالنظر ، فتصبح المعادلة فعل الشرط « نظارية » وجواب الشرط « تحقيق رغبة » .

ولقد استطاع البرنامج العلاجى أن يخفف من حدة النظارية عن طريق عمليات الاعلاء لبعض المواهب الموجودة لدى الافراد موضوع البحث ، فاستخدام الباحث أسلوب الاعلاء مع النظاريين الذين كانت النظارية لديهم تشير إلى انحراف ، بمعنى ، أن يركز الفرد فقط على الاعضاء الجنسية العادية ، فيكون الجسد هو الموضوع الأول والأخير للنظارية ، فيحصل الفرد على لذته من خلال المشاهدات العارية .

وإذا كانت النظارية تعبر فى أحد جوانبها على النظر خلسة والتلصص ، فإن هذا يشير إلى الخوف من الآخر والكراهية له ، لأنه لم يعد هناك مكان مناسب له فى الذات ، فالنظارية تعتمد على الرؤية دون ملاحظة الأخرين – اذا كان الأمر كذلك – فقد حاول البرنامج العلاجى أن يعيد حلقات الاتصال بين الأنا والآخر ليستقيم البناء النفسى من جديد فى محاولة لملء الليبيدو الذى أصبح شاغراً دون موضوع .

واذا كانت النظارية هنا هى خوف مبكر من فقدان الموضوع فإن النظارى هنا يحاول أن يستحوذ على موضوعه فى محاولة لتغييب الآخر ، فهو يقضى عليه من خلال عدم التقارب والنظر عن بعد ، وبدون أن يراه أحد ، فكان الليبيدو شاغراً والموضوع « الوهمى » لا يستطيع أن يحقق رغبة ، لأن الرغبة فى النهاية هى فى آخر ، والآخر قد غاب .

وقد انتبه البرنامج العلاجى لذلك بأن ركز على تواصل العلاقة بين الفرد والأخرين من خلال عمليات التمثيل الاجتماعى بين الفرد وأصدقائه .

ويرى الباحث أن النظارية قد تزداد فى حالات الاحباط والقلق من الانفصال عن الأم وذلك لأن النظارية قد تكون بمثابة تعويض عن ألم الانفصال والاحباطات الناتجة عنه ، فهى رغبة فى الاستحواذ على موضوع وهمى لا يستطيع الفرد معه المواجهة والطلب المباشر له ، وانما هو يطلبه فى حالة غيابه ، أو إن صح التعبير – هو يسرق الموضوع دون أن يراه الموضوع ، وفى ذلك نوع من التحقيق للألم .

فليست القضية هنا مجرد المتعة الجنسية وانما هى نسيان الألم بالجنس ، وتفريغ للشحنة الانفعالية من خلال عمليات جنسية جزئية تتمثل فى النظارية لذا حاول الباحث أثناء الجلسات العلاجية أن يخفف من حده القلق والاحباط عن طريق اعادة الثقة فى الذات واتباع أساليب السلوك التوكيدى من خلال جماعات الحوار ، تلك التى استطاعات أن تقيم موضوعاً بديلاً عن الأم وموضوعاً بديلاً عن ذلك الأخر الذى كان قد مات بالفعل فى ذات الفرد النظارى بقدر ما ركز البرنامج العلاجى على أساليب الترفية والعناية فى المؤسسة ، إذ وجد أن هناك ارتباط بين شده الاحباط والقلق وغياب الموضوع وبين ارتفاع معدلات النظارية .

وكأن النظارى فى النهاية يدافع بالقلق ضد القلق والاحباط ضد الاحباط وهو لكى يعيش القلق الذى يخاف منه « قلق الانفصال عن الأم » يزيد من توتره فى البحث عن مشهد جنسى

عارى حتى يطغى ذلك على ما يمكن أن يخفيه ، وإن كان الموضوع الجديد يحبطه أيضاً ، فهو يتحمل احباطاته ولا يستطيع أن يقوى على الاحباطات الموجودة فى الموضوع الأول للحب ، وهذا بدوره يؤدى به إلى نوع من العدوانية المفرطة ، فإذا غاب الحب ظهر العدوان والعكس صحيح ، لذا أدرك البرنامج العلاجى أهمية استعادة توازن دفعتى الحب والعدوان كى تستقيم البنية النفسية للذات .

وللتحقق من صحة الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الرابع قام الباحث بإتباع الخطوات التالية:

حساب قيمة (ت) بين متوسطات الدرجات التى حصل عليها المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد الاستعراضية قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى كما هو موضح بالجدول التالى :

جدول (٥١)
يوضح نتائج إختبار (ت)
بين درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد الاستعراضية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي

م	الاسم	درجات الأفراد فى التطبيق القبلي	درجات الأفراد فى التطبيق البعدى	ف	ح ف	ح ٢ ف
١	عماد	٦٢	٥٩	٣	-٠,٢	٠,٠٤
٢	جمال	٦٤	٥٩	٥	١,٨	٣,٢٤
٣	سمير	٥٧	٥٥	٢	-١,٢	١,٤٤
٤	عصام	٥٥	٥٣	٢	-١,٢	١,٤٤
٥	صابر	٥٩	٥٧	٢	-١,٢	١,٤٤
٦	مها	٥٩	٥٤	٥	١,٨	٣,٢٤
٧	سالى	٥٧	٥٢	٥	١,٨	٣,٢٤
٨	بسمة	٦١	٥٩	٢	-١,٢	١,٤٤
٩	إيناس	٦٥	٦١	٤	٠,٨	٠,٦٤
١٠	نشوى	٦١	٥٩	٢	-١,٢	١,٤٤
				٣٢		١٧,٦

$$م ف = \frac{مجـ ف}{ن} = \frac{٣٢}{١٠} = ٣,٢$$

$$ت = \frac{م ف}{\sqrt{\frac{مجـ ح ٢ ف}{ن (ن - ١)}}} = \frac{٣,٢}{\sqrt{\frac{١٧,٦}{٩٠}}} = \frac{٣,٢}{٠,٤٤} = ٧,٢٧$$

ه

وبالكشف عن قيمة ت المحسوبة (٧,٢٧) عند درجة حرية (٩) وجد أنها دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجى فى خفض معدل الاستعراضية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

تفسير الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الرابع

تشير نتيجة الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الرابع إلى أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية على بعد الاستعراضية قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى ، حيث جاءت قيمة ت (٧,٢٧) دالة إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ وذلك فى اتجاه انخفاض الاستعراضية مما يشير إلى أن البرنامج العلاجى المستخدم فى الدراسة قد أدى إلى إنخفاض معدل الاستعراضية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

فمن الناحية الكمية أوضحت النتائج أن المفحوص (جمال) قد حصل على أعلى الدرجات بالنسبة (لمجموعة الذكور) على بعد الاستعراضية (٦٤) درجة تائية ، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى وعلى الرغم من إنخفاض الدرجة إلى (٥٩) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، إلا أنها لما تزل بعيده هونا عن السوية .

كما أوضحت النتائج أن المفحوص (عماد) قد حصل (٦٢) درجة تائية وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وها هى درجته تنخفض إلى (٥٩) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، لكنه لم يصل بعد إلى درجة متوسطة .

وعلى الجانب الآخر نجد المفحوص (صابر) والذى حصل على (٥٩) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، قد انخفضت الدرجة لديه بعد تطبيق البرنامج العلاجى إلى (٥٧) درجة تائية كما حصل المفحوص (سمير) على (٥٧) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، لتصل بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجى إلى (٥٥) درجة تائية .

وعلى الرغم من أن درجات المفحوص (صابر) ، والمفحوص (سمير) على بعد الاستعراضية لم تختلف كثيراً قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجى ، إلا أن هناك فرق بين الدرجتين فى اتجاه انخفاض معدل الاستعراضية .

وفى الوقت نفسه نجد أن المفحوص (عصام) حصل على (٥٥) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى لتصل بعد انتهاء البرنامج العلاجى إلى (٥٣) درجة تائية ، وعلى الرغم من أن الدرجتين اللتين حصل عليهما قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجى كادت أن تقترب من السوية ، إلا أن هناك فرق بين الدرجتين فى اتجاه انخفاض معدل الاستعراضية ، وهو ما

يؤكد الدور الفعال للبرنامج العلاجى فى القضاء على السلبيات النفسية ، والخروج بالمريض إلى الوجهة التى تجعله يتوافق مع ذاته والبيئة من حوله .

وفيما يتصل بعينة الإناث فقد أوضحت النتائج الاحصائية أن المفحوصة (إيناس) قد حصلت على أعلى الدرجات بالنسبة (لمجموعة الإناث) على بعد الاستعراضية حيث حصلت على (٦٥) درجة تائية وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وعلى الرغم من انخفاض الدرجة الى (٦١) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى إلا أنها لما تزل بعيدة هونا عن السوية .

كما أشارت النتائج الى أن المفحوصة (بسمة) ، والمفحوصة (نشوى) قد حصل كلاهما على (٦١) درجة تايئة قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، لتصبح درجتهما بعد إنتهاء البرنامج العلاجى (٥٩) درجة تايئة ، وعلى الجانب الآخر نجد المفحوصة (مها) والتى حصلت على (٥٩) درجة تايئة قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، قد إنخفضت الدرجة لديها بعد تطبيق البرنامج العلاجى الى (٥٤) درجة تايئة .

كما أشارت النتائج الى أن المفحوصة (سالى) حصلت على (٥٧) درجة ثائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى لتصل بعد إنتهاء البرنامج العلاجى الى (٥٢) درجة ثايئة ، وعلى الرغم من أن الدرجتين التى حصلت عليها قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجى كادت تقترب من السوية ، إلا أن هناك فرق بين الدرجتين فى اتجاه انخفاض معدل الاستعراضية ، وهو ما يؤكد الدور الفعال لجماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى فى خفض معدل الاستعراضية بوجه عام لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

هذا من ناحية الدلالات الكمية ، التى يرى الباحث أنها تقف عند حد الرصد للظاهرة دون التحليل والتفسير ، مما كان مداعاه لأن نبحث عن دلالات كيفية تؤكد مدى صحة النتائج التى تم التوصل إليها ، فمن حيث الدلالات الكيفية نجد أن الدلالات المرضية التى كانت واضحة تماماً لدى مجموعتى الدراسة (الذكور ، والإناث) سواء فى المقابلات الإكلينيكية أم فى الجلسات العلاجية قد اختفى بعضها كلية ، والآخر كان اختفاؤه جزئياً ، فالحالات التى أمامنا كان يتصف بعضها بالغرور الشديد ، بقدر ما يتصف البعض الآخر بالأدب الشديد الذى يحوى بداخله مقاومة شديدة لظهور كل ما هو قبيح ، أى أنه أدب جم مغلف بطابع الاحترام كنوع من الخداع ، وهذا بدوره جعل المحتوى الظاهر للفرد مختلف تماماً عن محتواه الباطن ،

وهو ما يشى بتفكك الدفعة الغرزية ، وسيطرة نوازع العدوان على الحب ، – أو بتعبير أدق – نجد أن الفرد فى الاستعراضية ، وقد غلف العدوان بالحب ، لكن الذات لدى الاستعراضى ذات هشة لا تستطيع أن تتحمل الرغبة ونقيضها ، أى الحب والعدوان في آن واحد ، فكان لابد من سيطرة نوازع العدوان المغلف بالجنس فى كثير من الأعراض من قبيل إظهار المفاتن .

كما اتضح للباحث من خلال المقابلات الإكلينيكية التى أجراها أن الاستعراضية تتضح لدى الذوات الضعيفة الهشة ، والتي قد لا تصل لدرجة الانحراف ، بقدر ما هى إلا نوع من انتزاع الاعتراف من الآخر بما لدى الفرد من قوى ومؤثرات ، وقد تصل هذه الاستعراضية – التى إن جاز التعبير أطلقنا عليها الاستعراضية السوية – إلي الدرجة المرضية عندما تصبح غاية فى حد ذاتها وليست مجرد وسيلة .

لقد استطاع البرنامج العلاجى أن يقف بالاستعراضية عند حد السواء ، وذلك عن طريق جعل الاستعراضية السوية ، حلقة الوصل بين الآنا والأخر ، مما كان له الأثر فى عدم تفكك الدفعتين الغرزيتين ، وأصبح لدى الفرد القدر المناسب من الحب والعدوان الذى يخدم كلاً منهما الآخر . فمن خلال الاستعراضية السوية استطاع الباحث أن يجعل من لا شعور الذات حديث أو مقال الآخر ، فأصبحت كل الدلالات الخفية للذات إنما تتكون من حيث هى خفية فى صميم التعليق الواقعى أو الخيالى الذى يصدره الآخر ، فأصبحت الرغبة غير مشوهه ، واستقامت على أعتاب ذلك الآخر ، فقد كانت الرغبة قبل البرنامج قد ضلت طريقها عن الآخر ، وكانت بكلها تدور حول الآنا فى طابع نرجسى يستثمر كل الطاقة الليبيدية فى الذات ، حتى وإن كان ظاهرها يشير إلى انتزاع الاعجاب من الآخر .

وعن طريق جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى استطاع الباحث أن يحول « ذاتية الاستعراضية » إلى تواصل بين الذوات مما جعل لا شعور المفحوصين لا يقع تحت تصرفهم الشخصى ، فأصبح ذلك الفعل الموسوم بطابع الفراغ أو الخواء « اللاشعور » موسوم بطابع الآخر فاعترفت الذات الاستعراضية بالآخر مما مكنها من استعادة جانبا من ذاتها ، فأصبحت قادرة على القول والانصات ، ومن ثم تحولت من موجود فى ذاته إلى موجود لذاته .

وللتحقق من صحة الفرض الفرعى (جـ) المشتق من الفرض الرابع قام الباحث بإتباع الخطوات التالية:

حساب قيمة (ت) بين متوسطات الدرجات التى حصل عليها المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد السادية قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى كما هو موضح بالجدول التالى :

جدول (٥٢)
يوضح نتائج إختبار (ت)
بين درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد السادية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي

م	الاسم	درجات الأفراد فى التطبيق القبلى	درجات الأفراد فى التطبيق البعدى	ف	ح ف	ح ٢ ف
١	عماد	٧٣	٦٦	٧	١,١	١,٢١
٢	جمال	٧١	٦١	١٠	٤,١	١٦,٨١
٣	سمير	٦٣	٦٠	٣	٢,٩ -	٨,٤١
٤	عصام	٦١	٥٠	١١	٥,١	٢٦,٠١
٥	صابر	٥٦	٥١	٥	٠,٩ -	٠,٨١
٦	مها	٦٢	٥٦	٦	٠,١	٠,٠١
٧	سالى	٦٠	٥٨	٢	٣,٩ -	١٥,٢١
٨	بسمة	٦٤	٥٦	٨	٢,١	٤,٤١
٩	إيناس	٧٤	٧١	٣	٢,٩ -	٨,٤١
١٠	نشوى	٥٥	٥١	٤	١,٩ -	٣,٦١
				٥٩		٨٤,٩

$$م\,ف = \frac{مجـ\,ف}{ن} = \frac{٥٩}{١٠} = ٥,٩$$

$$ت = \frac{م\,ف}{\sqrt{\frac{مجـ\,ح^٢\,ف}{ن\,(ن-١)}}} = \frac{٥,٩}{\sqrt{\frac{٨٤,٩}{٩٠}}} = \frac{٥,٩}{٠,٩٧} = ٦,٠٨$$

وبالكشف عن قيمة ت المحسوبة (٦,٠٨) عند درجة حرية (٩) وجد أنها دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي فى خفض معدل السادية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

تفسير الفرض الفرعى (جـ) المشتق من الفرض الرابع :

تشير نتيجة الفرض الفرعي (جـ) المشتق من الفرض الرابع إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد السادية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى حيث جاءت قيمة ت (٦,٠٨) دالة أحصائية عن مستوى ٠,٠١ وذلك فى إتجاه انخفاض السادية مما يشير إلى أن البرنامج العلاجى المستخدم فى الدراسة قد أدى إلى انخفاض معدل السادية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

فمن الناحية الكمية أوضحت النتائج أن المفحوص (عماد) قد حصل على أعلى الدرجات بالنسبة (لمجموعة الذكور) على بعد السادية (٧٣) درجة تائية ، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وعلى الرغم من انخفاض الدرجة إلى (٦٦) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، إلا أنها لما تزل بعيده هونا عن السوية ، كما أوضحت النتائج أن المفحوص (جمال) قد حصل هو الآخر على درجة مرضية مرتفعة فى السادية (٧١) درجة تائية ، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، لتصبح بعد تطبيق البرنامج العلاجى (٦١) درجة تائية ، وقد يبدو هذا الانخفاض ملحوظا من حيث درجة الشدة ، لكنه لم يصل بعد إلى درجة متوسطة .

كما أشارت النتائج أن المفحوص (عصام) كان أكثر حالات الذكور تحسنا فيما يتصل ببعد السادية إذ أصبح بعد تطبيق البرنامج العلاجى (٥٠) درجة تائية بدلاً من (٦١) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج وفى الوقت نفسه نجد أن المفحوص (سمير) لم يجدى معه البرنامج العلاجى فى خفض السادية لديه بدرجة كافية فقد حصل على (٦٠) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى بدلاً من (٦٣) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى .

كما أوضحت النتائج الاحصائية أن المفحوص (صابر) حصل على (٥٦) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى لتصل بعد تطبيق البرنامج العلاجى إلى (٥١) درجة تائية ، وعلى الرغم من أن الدرجتين التى حصل عليهما قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجى كادت أن تقترب من السوية ، إلا أن هناك فرق بين الدرجتين فى اتجاه انخفاض السادية ، وهو ما يؤكد الدور الفعال للبرنامج العلاجى .

وفيما يتصل بعينة الإناث فقد أوضحت النتائج الاحصائية أن المفحوصة (إيناس) قد حصلت على أعلى الدرجات بالنسبة (لمجموعة الإناث) على بعد السادية حيث حصلت على (٧٤) درجة تائية ، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجي ، وها هي تحصل على (٧١) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجي ، إلا أنها لما تزل في النطاق المرضى .

وعلى الجانب الآخر نجد المفحوصة (مها) والتى حصلت على (٦٢) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجي ، قد إنخفضت الدرجة لديها بعد تطبيق البرنامج العلاجي إلى (٥٦) وهو ما يشير الى حدوث تحسن فى حالتها ، لكنه لم يصل بعد الى درجة متوسطة .

كما أشارت النتائج أن المفحوصة (بسمة) كانت أكثر حالات الإناث تحسناً فيما يتصل ببعد السادية إذ أصبحت بعد تطبيق البرنامج العلاجي (٥٦) درجة تائية بدلاً من (٦٤) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج ، وفى الوقت نفسه نجد أن المفحوصة (سالى) لم يجدى معها البرنامج العلاجي فى خفض السادية لديها بدرجة كافية فقد حصلت على (٥٨) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجي بدلاً من (٦٠) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجي .

كما أوضحت النتائج الإحصائية أن المفحوصة (نشوى) حصلت على (٥٥) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجي لتصل بعد تطبيق البرنامج العلاجي إلى (٥١) درجة تائية وعلى الرغم من أن الدرجتين التى حصلت عليهما قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي كادت أن تقترب من السوية ، إلا أن هناك فرق بين الدرجتين فى اتجاه انخفاض السادية ، وهو ما يؤكد الدور الفعال لجماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي فى خفض معدل السادية بوجه عام لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

هذا من ناحية الدلالات الكمية ، التى يرى الباحث أنها تقف عند حد الرصد للظاهرة دون التحليل والتفسير ، مما كان مداعاه لأن نبحث عن دلالات كيفية تؤكد مدى صحة النتائج التى تم التوصل إليها .

فمن حيث الدلالات الكيفية نستطيع أن نوضح مدى فاعلية البرنامج العلاجي فى خفض معدل السادية وذلك لأن جماعات الحوار كان لها الدور الأساسى فى تنمية بعض المهارات الاجتماعية ، بجانب إحداث نوع من التواصل بين الأنا والأخر ، والاستبصار بالذات وإخراج الشحنة الانفعالية الضارة التى قد تصيب الأنا نفسها، كل ذلك مكن الباحث من أن يعيد للأنا

ما فقد منها من الطاقة أثناء الصراع بين المنظمات النفسية الثلاثة (الهو – الأنا – الأنا الأعلى) بإعتبار هذا الصراع هو المسئول الأول عن السلوك السادى ، الذى أدى بدوره لانفصال الدفعتين الغرزيتين (الحب والعدوان) وأصبح الفرد محصوراً فيما بينهم ، يقطع مسافات طويلة ذهابا وإيابا ما بين الحب تاره والعدوان تاره أخرى وهنا كانت السادية عند حدود السواء ، لكن عندما فشل الفرد فى تحقيق أى من الدفعتين الغرزيتين « الحب والعدوان » انفجرت السادية على أشكالها المتباينة .

وقد وجدت السادية نفسها فى عينة البحث من خلال الكراهية نحو الأخر تلك الكراهية التى ساعد على ظهورها المؤسسة من ناحية ، والأنا من ناحية أخرى ، فالعلاقة بالآخر مضطربة ، والأنا غير قادرة على الحب ، كما أن الأنا هشة وضعيفة لذا اتخذت من الكراهية حماية وستار لها . وكأن الكراهية هنا أو السادية برمتها إسقاط لضعف الأنا ، فالأنا عاجز وضعيف ، والضعف مكروه فى الذات ، إذن يجب أن يكون أنتم المكروهون ، الضعفاء .

ومن خلال ذلك إستطاع البرنامج العلاجى أن يعيد لغة الحوار بين الأنا والأخر ، وأن يضمد الجراح النرجسية فى الأنا مما كان له الأثر فى « تخارج » الطاقة الليبيدية إلى الأخر واستثمارها بعيداً عن قوقعه الذات .

وللتحقق من صحة الفرض الفرعى (د) المشتق من الفرض الرابع قام الباحث بإتباع الخطوات التالية:

حساب قيمة (ت) بين متوسطات الدرجات التى حصل عليها المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد المازوخية قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى كما هو موضح بالجدول التالى :

جدول (٥٣)

يوضح نتائج إختبار (ت)

بين درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد المازوخية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى

م	الاسم	درجات الأفراد فى التطبيق القبلي	درجات الأفراد فى التطبيق البعدى	ف	ح ف	ح ٢ ف
١	عماد	٥٧	٥٢	٥	٥,٨ −	٢٣,٦٤
٢	جمال	٥٥	٤٩	٦	٧,٨ −	٦٠,٨٤
٣	سمير	٨٠	٧٠	١٠	٠,٨ −	٠,٦٤
٤	عصام	٧٠	٥٧	١٣	٢,٨ +	٧,٨٤
٥	صابر	٧٨	٦٧	١١	٠,٨ +	٠,٦٤
٦	مها	٨٤	٧٢	١٢	١,٨ +	٣,٢٤
٧	سالى	٧٨	٦٦	١٢	١,٨ +	٣,٢٤
٨	بسمة	٧٥	٥٧	١٨	٧,٨ +	٦٠,٨٤
٩	إيناس	٥٧	٤٨	٩	١,٨ −	٣,٢٤
١٠	نشوى	٧٢	٦٠	١٢	١,٨ +	٣,٢٤
				١٠٨		١٧٧,٤

$$\text{م ف} = \frac{\text{مجـ ف}}{\text{ن}} = \frac{١٠٨}{١٠} = ١٠,٨$$

$$\text{ت} = \frac{\text{م ف}}{\sqrt{\frac{\text{مجـ ح ٢ ف}}{\text{ن (ن − ١)}}}} = \frac{١٠,٨}{\sqrt{\frac{١٧٧,٤}{٩٠}}} = \frac{١٠,٨}{١,٤٠} = ٧,٧١$$

وبالكشف عن قيمة ت المحسوبة (٧,٧١) عند درجة حرية (٩) وجد أنها دالة إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي فى خفض معدل المازوخية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

تفسير الفرض الفرعى (د) المشتق من الفرض الرابع :

تشير نتيجة الفرض الفرعى (د) المشتق من الفرض الرابع إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على بعد المازوخية قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى، حيث جاءت قيمة ت (٧,٧١) دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ ، وذلك فى اتجاه انخفاض المازوخية مما يشير إلى أن البرنامج العلاجى المستخدم فى الدراسة قد أدى إلى إنخفاض معدل المازوخية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

فمن الناحية الكمية أوضحت النتائج الاحصائية أن المفحوص (سمير) قد حصل على أعلى الدرجات بالنسبة (لمجموعة الذكور) على بعد المازوخية (٨٠) درجة تائية ، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وها هو يحصل على (٧٠) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، ورغم انخفاض هذه الدرجة إلا أنها لما تزل فى النطاق المرضى .

كما أوضحت النتائج أن المفحوص (صابر) قد حصل على درجة مرضية مرتفعة فى المازوخية (٧٨) درجة تائية وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وعلى الرغم من انخفاض الدرجة إلى (٦٧) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى إلا أنها لما تزل بعيده هونا عن السوية .

وبجانب ذلك فقد حصل المفحوص (عصام) على (٧٠) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وها هى درجته تنخفض إلى (٥٧) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، وقد يبدو هذا الانخفاض ملحوظ من حيث درجة الشدة ، لكنه لم يصل بعد إلى درجة متوسطة .

وعلى الرغم من حصول اثنين من جماعة الذكور على درجات تائية كادت تقترب من السوية قبل تطبيق البرنامج العلاجى والمتمثلة فى حصول المفحوص (عماد) على (٥٧) درجة تائية ، والمفحوص (جمال) على (٥٥) درجة تائية ، لتصبح درجتهما بعد تطبيق البرنامج العلاجى (٥٢) ، (٤٩) درجة تائية على التوالى إلا أن هناك فرق بين الدرجتين قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجى فى اتجاه انخفاض المازوخية مما يؤكد الدور الفعال للبرنامج العلاجى .

وفيما يتصل بعينة الإناث فقد أوضحت النتائج الاحصائية أن المفحوصة (مها) قد حصلت على أعلى الدرجات بالنسبة (لمجموعة الإناث) على بعد المازوخية (٨٤) درجة تائية ، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى . إلا أنها لما تزل فى النطاق المرضى .

كما أوضحت النتائج أن المفحوصة (سالى) قد حصلت على درجة مرضية مرتفعة فى المازوخية (٧٨) درجة تائية وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وعلى الرغم من انخفاض الدرجة إلى (٦٦) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى إلا أنها لما تزل بعيده هونا عن السوية .

وعلى الجانب الآخر نجد المفحوصة (نشوى) والتى حصلت على درجة مرضية فى المازوخية (٧٢) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، قد إنخفضت الدرجة لديها بعد تطبيق البرنامج العلاجى إلى (٦٠) درجة تائية مما يؤكد التحسن الملحوظ فى حالتها ، وهو التحسن الذى وصل درجته القصوى عند المفحوصة (بسمة) إذ أصبحت بعد تطبيق البرنامج العلاجى (٥٧) درجة تائية بدلاً من (٧٥) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى .

كما أشارت النتائج الاحصائية إلى أن المفحوصة (إيناس) حصلت على (٥٧) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى لتصل بعد إنتهاء البرنامج العلاجى إلى (٤٨) درجة تائية وعلى الرغم من أن الدرجة التى حصلت عليها قبل تطبيق البرنامج العلاجى كادت تقترب من السوية ، إلا أن هناك فرق بين الدرجتين فى اتجاه انخفاض المازوخية ، وهو ما يؤكد الدور الفعال لجماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى فى خفض معدل المازوخية بوجه عام لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

هذا من ناحية الدلالات الكمية ، التى يرى الباحثُ أنها تقف عند حد الرصد للظاهرة دون التحليل والتفسير ، مما كان مداعاه لأن نبحث عن دلالات كيفية تؤكد مدى صحة النتائج التى تم التوصل إليها .

فمن حيث الدلالات الكيفية . نجد أن البرنامج العلاجى نجح فى تخفيف حده المازوخية تلك التى ساعد على ظهورها النمط الاكتئابى لدى أفراد العينة حيث الشعور بالذنب الذى يدفع الفرد إلى التكفير عن الأخطاء التى ارتكبها أو لم يرتكبها ، فكانت المازوخية بمثابة محاولة للتخفيف من الشعور بالذنب مما جعل للمازوخية الطابع القهرى الذى أنهك القوة النفسية وأدى إلى تفكك الدفعة الغرزية الجزئية ما بين « الحب والكراهية » لكن الكراهية هنا ارتدت من الآخر إلى الآنا ، مما أدى للقضاء على الاقتصاديات النفسية والقضاء على الموضوع ، فأصبح المتبقى من الليبيدو عبارة عن فتات بسيط دون موضوع ، فارتدت الشحنات الانفعالية العدوانية للأنا .

ولقد استطاع البرنامج العلاجى أن يعبر بالآنا الخاوية من الليبيدو إلى آنا لها شكل وموضوع من خلال جماعات الحوار التى استطاعت أن تقيم جسراً بين الأنا والأخر لإشباع « الجوع الانفعالى » لدى الأفراد ، ومن خلال ذلك تُمكن الباحث من أن يعيد إنتظام الدفعات المتعارضة داخل الأنا ويقيم تصالح ما بين قسوة الأنا الأعلى وإلحاح الرغبات الممنوعة ، مما كان له الأثر الفعال فى تخفيف حده التوتر والشعور بالذنب الذى أدى لارتفاع الاكتئاب من ناحية ، وزيادة الدرجة فى المازوخية من ناحية أخرى ، بقدر ما استطاع البرنامج العلاجى أن يضبط المسافة ما بين السادية والمازوخية وذلك بالتخفيف من حدة السادية والمازوخية معاً من خلال إتاحة الفرصة أمام المراهق (المراهقة) المحروم من الرعاية الأسرية لتفريغ الانفعالات المكبوتة لديه ، والاستبصار بذاته وبيئته ، بقدر ما أسهمت فى اكتمال النضج ، والاستقلال الذاتى عنده لكى يتغلب على مشاكله ، ويحلها بنفسه من خلال استبصاره بها عبر الأعضاء الأخرين .

توصيات الدراسة :

١ - ضرورة الاهتمام بالأبناء الذين حرموا من العيش داخل أسرهم الطبيعية ، وذلك بتوفير الرعاية السليمة لهم ، والتى تعتمد على الأسلوب شبه الأسرى الذى يوفر للطفل المحروم أسر بديلة ترعى شئونه وتحقق له حاجاته ، بدلاً من النظام المتبع داخل المؤسسات الإيوائية التى تقوم فيها الرعاية على الأسلوب الجماعى والذى يلغى بدوره شخصية الأبناء .

٢ - تزويد المؤسسات الإيوائية بعدد كافى من الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين بما يتناسب مع عدد المودعين داخل هذه المؤسسات.

٣ - ضرورة تواجد طبيب بصفة دائمة داخل المؤسسات الإيوائية نظراً لتدهور الحالة الصحية لكافة المودعين ، وحتى يمكن معالجة الأمراض التى تصيبهم فى مرحلة مبكرة .

٤ - تزويد القائمين برعاية الأبناء داخل المؤسسات الإيوائية بأفضل الأساليب التربوية المتبعة فى تنشئة الأبناء وذلك من خلال عقد ندوات ودورات تدريبية لهم من وقت لآخر لرفع مستوى خبراتهم فى مجال رعاية الأبناء ذوى الظروف الخاصة .

٥ - على القائمين بالإشراف على المؤسسات الإيوائية ضرورة توفير بيئة أكثر نشاطاً وحيوية مما هى عليه الآن بالتركيز على الأنشطة الفنية ، والثقافية ، والترفيهية بما يساعد هؤلاء الأبناء على التنفيس عن انفعالاتهم والاندماج مع بعضهم البعض .

٦ - الحاق المودعين بالمؤسسات الإيوائية فى كافة المدارس الموجودة فى البيئة المحيطة بهم بدلا من قصرهم على التعليم الأزهرى حتى تتاح لهم الفرصة للإندماج فى المجتمع وتكوين علاقات تفاعلية مع غيرهم .

٧ - قيام وزارة الشئون الاجتماعية بتزويد المؤسسات الإيوائية بأفضل الوسائل التعليمية المرئية والصوتية بما يساعد على رفع المستوى التعليمى للمودعين بداخلها .

٨ - قيام وزارة الشئون الاجتماعية بوضع قوانين ، وقواعد أكثر صرامة من شأنها المحافظة على التبرعات التى يقدمها أهل الخير للمودعين بالمؤسسات سواء أكانت هذه التبرعات فى صورة نقود أم فى صورة مستلزمات شخصية .

٩ - قيام وزارة الشئون الإجتماعية بتوفير مسكن وعمل مناسب للمودعين الذكور بعد خروجهم من المؤسسة ، وذلك حتى لاينصاعوا إلى الانحراف .

بحوث مقترحة :

١ - النرجسية وعلاقتها بالدفعات الغرزية الجزئية لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية.

٢ - الدفعات الغرزية الجزئية وعلاقتها بالحاجات النفسية لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية .

٣ - الحرمان الوالدى وعلاقته ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأبناء المودعين بالمؤسسات الإيوائية .

٤ - الحرمان الوالدى وعلاقته ببعض الأمراض النفسية والعقلية لدى الأبناء المودعين بالمؤسسات الإيوائية .

٥ - الصورة الوالدية كما يدركها الأبناء المودعين بالمؤسسات الإيوائية .

٦ - دراسة اكلينيكية لأثر الحرمان من الوالدين على البناء النفسى للمراهقين المودعين بالمؤسسات الإيوائية .

٧ - مدى فاعلية السيكودراما فى علاج الانحرافات السلوكية لدى الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية .

ملخص الدراسة

* أولا : ملخص باللغة العربية .
* ثانيا : ملخص باللغة الإنجليزية .

النزعات الغرزية الجزئية والعلاج الجماعى لمرضى الاكتئاب المحرومين من الرعاية الأسرية

مقدمة الدراسة :

لاشك أن الأسرة هى المكان الطبيعى الوحيد الذى ينعم فيه المراهق بإشباع وتحقيق كل إحتياجاته ومتطلباته الأساسية التى تبدأ منذ لحظة ميلاده وتستمر معه طول مراحل نموه وتطوره .

وعلى الرغم من أهمية الأسرة الطبيعية فى رعاية أبنائها وإعدادهم للحياة وتنشئتهم تنشئة اجتماعية تمكنهم من النمو المتزن المتكامل ومن شق طريقهم فى الإعتماد على أنفسهم والقيام بدور إيجابى فى مجتمعهم ، فلا يزال هناك أبناء محرومون من رعاية أسرهم لأسباب مختلفة، فمنهم الأيتام حيث توفى الوالدان أو أحدهما ، ومنهم أبناء جاءوا إلى الحياة دون أن يعرف لهم آباء ينتسبون إليهم ، وهم الأبناء غير الشرعيين (مجهولى النسب) وبجانب ذلك فهناك أبناء جاءوا من أسر حدث التصدع فى بنائها نتيجة الخلافات الزوجية ، فنجد أن الأبوين غير قادرين على القيام بدورهما تجاه أبنائهما، وهو ما يؤدى بدوره إلى العديد من الاضطرابات المرضية والسلوكية من قبيل الاكتئاب ، والنزعات الغرزية الجزئية فى كافة أشكالها حيث يبعث الحرمان المبكر المستمر فى نفس المراهق شعوراً بعداء العالم له ، وخلوه من الشعور بالسعادة، ومن ثم يتخذ المراهق صورة الانعزال عن العالم أوْ المعاندة ، والعدوان السافر ، وكأنه بهذا العدوان يستعيد إثبات وجوده وانتزاع حقه بيده من هذا العالم .

ومن هنا ينبع أهمية المعالج بالنسبة للمراهق المحروم من الوالدين نتيجة افتقاد هذا المراهق للحب فهو لم يشبع حاجته الطفولية للمحبة لم يذق تلك السعادة التى تأتى من خلال العلاقة الوثيقة بالوالدين الأمر الذى يضع على عاتق المعالج أن يعيش فى هذا الموقف نفسه فيمنح المراهق الدفء الشخصى ، والحب ، والاهتمام ، والعطف فى هذا الموقف الواقعى ، وهو ما يؤدى بدوره لتوجيه سلوك المراهق المناهض للمجتمع إلى سلوك يقبله المجتمع ، وذلك لأن سيطرة المعالج على الموقف بالحب تثبط الرغبات السادية والمازوخية للمريض وتحرمه من اشباعها نحو الذات أم نحو الأخرين ، وذلك بفضل الطرح الإيجابى نحو المعالج ، مما يشير إلى إمكانية إنقاذ هؤلاء المراهقين من هوية الضياع النفسى والتقليل من صدمة الحرمان وآثاره السيئة .

أهمية الدراسة :

١ - أنها تمثل أحد الدراسات التى تنصب على دراسة تأثير الحرمان من الوالدين على حدوث الاكتئاب لدى الأبناء فى مرحلة المراهقة المبكرة أخذاً فى إعتبارها التاريخ السابق لحياتهم داخل المؤسسة الإيوائية ولاسيما المراهقين والمراهقات الذين عانوا الحرمان منذ بدايات الطفولة الأولى .

٢ - ومن ناحية أخرى تحاول الدراسة اقتحام مجال قلما اقترب منه الباحثين فى مجال علم النفس ألا وهو دراسة النزعات الغرزية الجزئية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

٣ - كما تتمثل أهمية هذه الدراسة فى إضافتها لبعدٍ جديدٍ وهو إمكانية العلاج لكل من الاكتئاب ، والنزعات الغرزية الجزئية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية . إذ أن الأبحاث الخاصة بباثولوجية وعلاج الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية على الرغم من ندرتها - على حد علم الباحث - فقد ركزت على مرحلة الطفولة بعامة .

مشكلة الدراسة :

تعد مشكلة الحرمان الوالدى بكافة أبعاده من أخطر المشكلات النفسية والاجتماعية المستفحلة فى القرن العشرين إذ إنها تجمع مابين التأثير النفسى والاجتماعى والاقتصادى على كل من الفرد والمجتمع ، ومما يزيد من خطورة هذه المشكلة التزايد المستمر للأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية وبخاصة فى السنوات الأخيرة مما يستوجب التدخل العلاجى للوقاية من الآثار السيئة الناتجة عن الحرمان بكافة أشكاله وذلك بهدف إستبعاد الخسارة البشرية التى تصيب المجتمع .

وفى ضوء ذلك يمكن تحديد مشكلة الدراسة من خلال الإجابة على التساؤلات التالية :

١ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الاكتئاب ؟

٢ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية (النظارية - الاستعراضية - السادية - المازوخية) ؟

٣ – هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الاكتئاب قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى ؟

٤ – هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية (النظارية – الاستعراضية – السادية – المازوخية) قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى ؟

أهداف الدراسة :

١ – إعادة تقنين مقياس الدفعات الغرزية الجزئية ليتناسب مع المرحلة العمرية لعينة الدراسة ألا وهى مرحلة المراهقة المبكرة (١٣ – ١٦) سنة .

٢ – ولا أحسبنا – بحاجة للقول – بأن الدراسة تهدف فى صميمها لدراسة الاكتئاب ، والنزعات الغرزية الجزئية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية ممن يعيشون داخل المؤسسات الإيوائية ، مقارنة بالمراهقين والمراهقات الذين يعيشون فى كنف الوالدين ممن يبلغون من العمر (١٣ – ١٦) سنة أى مرحلة المراهقة المبكرة .

٣ – كما تهدف الدراسة للتعرف على مدى فاعلية تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى فى معالجة كل من الاكتئاب ، والنزعات الغرزية الجزئية بكافة أبعادها (النظارية – الاستعراضية – السادية – المازوخية) لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

فروض الدراسة :-

أولاً :- فروض الدراسة التجريبية :

١ – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الاكتئاب فى اتجاه ارتفاع الاكتئاب لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

٢ – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية فى اتجاه ارتفاع النزعات الغرزية الجزئية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية

ثانياً :- فروض الدراسة الإكلينيكية :

٣ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الاكتئاب قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي في اتجاه انخفاض الاكتئاب .

٤ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل وبعد إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي في اتجاه انخفاض النزعات الغرزية الجزئية .

منهج الدراسة :-

لجأ الباحث إلى استخدام منهج الإكلينيكية الانتقائية والتي ألزمنا فيها بمحددات المنهج التجريبي حيث المجموعة التجريبية ، والمجموعة الضابطة ، والصرامة التي تقترب بنا من الموضوعية (إن كانت كذلك) وذلك باستخدام أدوات سيكومترية، وشبه إسقاطية مقننة بجانب اعتمادنا على جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي في معالجة كل من الاكتئاب ، والنزعات الغرزية الجزئية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

عينة الدراسة :-

أولاً : عينة الدراسة التجريبية :

تتكون العينة التجريبية من (٦٠) مراهقاً ومراهقة بواقع (٣٠ مراهقا ، و٣٠ مراهقة) من الأبناء المحرومين من الرعاية الأسرية منذ باكورة حياتهم ممن يعيشون داخل المؤسسات الإيوائية . بينما تتكون العينة الضابطة من (٦٠) مراهقاً ومراهقة بواقع (٣٠ مراهقا ، و٣٠ مراهقة) من أبناء الأسر الطبيعية ممن يعيشون في كنف آبائهم الطبيعيين ، وقد تراوحت الأعمار الزمنية لعينة الدراسة ما بين (١٣ - ١٦) سنة أي مرحلة المراهقة المبكرة .

ثانياً : عينة الدراسة الإكلينيكية :

طبقا لمنهج الدراسة الذي يجمع ما بين المنهجين التجريبي والإكلينيكي فقد قام الباحث باختيار عينة تتكون من (١٠) من المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية وذلك بهدف معالجتهم عبر إستخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي ، وقد قسم أفراد العينة على النحو التالي :

(٥) مراهقون من مؤسسة تربية البنين الإسلامية بمدينة المنصورة .

(٥) مراهقات من مؤسسة تربية البنات الإسلامية بمدينة المنصورة .

وقد روعى فى اختيار هذه الحالات أن تكون أكثر الحالات تدهوراً بالنسبة لنتائج المقاييس المستخدمة فى هذه الدراسة .

الأدوات :

١ - إستمارة بيانات عن المراهقين والمراهقات المودعين بالمؤسسات الإيوائية

إعداد / الباحث

٢ - مقياس الاكتئاب (د) للصغار **إعداد / غريب عبد الفتاح**

٣ - مقياس الدفعات الغرزية الجزئية **إعداد / حسين سعد الدين الحسينى**

٤ - المقابلة الإكلينيكية **إعداد / سامية القطان**

٥ - جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى .

الأسلوب الإحصائي المستخدم :

للتحقق من صحة فروض الدراسة إستخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية :-

١ - الدرجة التائية . ٤ - اختبار (ت) .

٢ - معامل ارتباط بيرسون للدرجات الخام . ٥ - معامل الثبات .

٣ - نسبه ف . ٦ - التحليل العاملى .

نتائج الدراسة :

أولا : نتائج الدراسة التجريبية :

١ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغيرالمحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الأكتئاب حيث جاءت قيمة ت دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١) فى اتجاه إرتفاع الاكتئاب لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

٢ – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية حيث جاءت قيمة ت دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١) فى اتجاه إرتفاع النزعات الغرزية الجزئية لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية .

ثانيا : نتائج الدراسة الاكلينيكية :

(أ) النتائج الكمية للدراسة الاكلينيكية :

٣ – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الاكتئاب قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى عند مستوى (٠,٠١) فى اتجاه انخفاض الاكتئاب .

٤ – توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل وبعد استخدام تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى عند مستوى (٠,٠١) ، فى اتجاه انخفاض النزعات الغرزية الجزئية .

(ب) النتائج الكيفية للدراسة الإكلينيكية :

لقد اتاحت الجلسات الجماعية الفرصة أمام المراهق المحروم من الرعاية الأسرية لتفريغ الانفعالات المكبوته لديه ، والاستبصار بذاته وبيئته ، بقدر ما أسهمت فى اكتمال النضج والاستقلال الذاتى عنده لكى يتغلب على مشاكله ويحلها بنفسه من خلال إستبصاره بها عبر الأعضاء الآخرين .

كما أسهمت الجلسات الجماعية فى إتاحة الفرصة أمام المراهق المحروم من الرعاية الأسرية لإيجاد التأييد والتشجيع المتبادل الذى سهل له مناقشة مشكلته بصراحة أمام الآخرين بحيث تبين أبعادها بقدر ما أسهمت فى تنمية الثقة لديه فى القيام بالسلوك المقبول، وإتخاذ الطريق نحو زيادة تقبل ذاته ، ومساعدته على الارتباط بالواقع، ومواجهته للأنماط السلوكية غير المرغوب فيها سواء المتجه نحو نفسه أم نحو بيئته .

Partial Instinctive Impulses and Group Therapy for the Depression Patients who are Deprived of Family Care

Introduction :

Undoubtedly the family is the only natural place in which the adolescent enjoys satisfaction and realization of all his needs and basic requirements that start since his birth and continue with him along his stages of development

In spite of the importance of the family in bringing up children and accommodating to social life in away that enables them to grow up in a comprenehsive balanced way that helps them to depend on themselves and participate positively in their societies , they are children who are deprived of their family protection for different reasons . Some are orphans since both parents or one of them has died , some dont't know father , some are ellegitimate , in addition , some children belong to families that suffer from collapse as a result of disintegrated family life , so we find parents are quite unable to perform their all duty their children , this leads to disturbance and some of pathological disorders , such as depression and partial instinctive impulses in all its forms especially with adolescents deprived of family care . They fell lacks happiness as result of the adolescent isolation from the world, they attack aggresively as if they were trying to prove their existence and take their right by force .

Here springs the importance therapists for parently deprived adolescents who exist as a result of lack of love , since they didn't satisfy the childish need for love and didn't tast that kind of happinss emanating from the strong relation they enjoy with their parents . This makes the therapists responspilities for living that situation giving the adolescents personal

warmth , love , care , and kindness , This in turn, will direct the adolescent's anti-social behavior transforming it anacceptable one , this , naturaly , happend because of the therapist control over the situation which depress the sadistic and masochistic desire of the patient depriving him of satisfying them either in himself or in the other , this takes place because of the positive transference a one by the therapists which lessens posibilities of saving those adolescents from psychological loss of identity and of reducing deprivation shock and it's bad effects .

Importance of the Study :

1 - It represents one of those study focusing upon investigating the effect of parently deprivation on son's depression in early adolescents, considering the history their lives in residential institution specialy male and female adolescents suffering from deprivation since early childhood .

2 - On the other hand , study attempt to explore a field rarely apporached by researcher in psychology : partial instinctive impulses of the deprivation male and female adolescent .

3 - In addition the importance of this study lies in adding a new prespective the posipilities of depression and partial instinctive impulses therapy , since , as far as the researcher knows pathological and treatment resarches , despite rarety have focused upon childhood in general .

Problem of the Study :

The problems of parent deprivation is considering one of the most dangrous psychological problem in twenty century since it combined the

psychological , social , and economic effect on both the individual and society what makes the problem and crisis in the continves in crease of the deprived children especially recently this necesiates theraputic intervention to protect the children from the bad offect resulting from deprivation in all shapes in order to avoid human loss in light of this we can specify the main focus of study by answering those following questions :

1 - Are there statistically significant differences between the average socres male and female adolescents either sound or deprived of family care according to the depression scale ?

2 - Are there statistically significant differences between the average socres male and female adolescents either sound or deprived of family care according to the partial instinctive impulses scale (Voyeurism , Exhibitionism , Sadism , Masochism) ?

3 - Are there statistically significant differences between the average scores of male and female adolescents who are deprived of family care through the Depression Scale before and after employing the Encounter-Group Technique as one of the methods of Group Therapy?

4 - Are There statistically significant differences between the average scores of male and female adolescents who are deprived of family care through the Partial Instinctive Impulses Scale before and after employing the Encounter-Group Technique as one of the methods of Group Therapy ?

Aims of the Study :

1 - To re-standardize of partial instinctive impulses to suit the group of the study sample : early adolescents (13 - 16 Years) .

2 - It goes without saying study takes as its essential objective the study of depression and partial instinctive impulses male and female adolescents who are deprived of family care especially in residential institutions as appeared with those living with their parents who come under the same age group .

3 - The study test the efficiency of the Encounter-Groups Technique as one of the methods of group therapy for curing depression , partial instinctive impulses with all their dimensions (Voyeurism , Exhibitionism , Sadism Masochism) among those adolescents deprived from family care .

Hypotheses of the Study :

First : Hypothesis of the Experimental study :

1 - There are statistically significant differences between the average socres male and female adolescents either sound or deprived of family care according to the depression scale .

2 - There are statistically significant differences between the average socres male and female adolescents either sound or deprived of family care according to the partial instinctive impulses scale (Voyeurism , Exhibitionism , Sadism , Masochism) .

Second : Hypotheses of the Clinical Study :

3 - There are statistically significant differences between the average scores of male and female adolescents who are deprived of family care through the Depression Scale before and after employing the Encounter-Group Technique as one of the methods of Group Therapy.

4 - There are statistically significant differences between the average scores of male and female adolescents who are deprived of family care through the Partial Instinctive Impulses Scale before and after employing the Encounter-Group Technique as one of the methods of Group Therapy.

Method of the Study :

The research has used the following method : The eclectic clinical method which combines the experimental method with its experimental and control group by using psychometric tools beside semi-projective tools . In addition , the research has relied on the Encounter Group as one of the Group Therapy methods to cure depression and the partial Instinctive Impulses in male and female adolescents who are deprived of family care .

Sample of the Study :

Sample of the experimental study :

Sample of the experimental study consists of 60 adolescents (30 males and 30 females) who are deprived of family care , since their early Childhood and live in the Residential institutions .

The control sample consists of 30 male and 30 female adolescents that belong to sound families in which these adolescents live among their parents . The age of the sample ranges from 13 to 16 years of age i.e., early adolescence .

Sample of the Clinical Study :

The researcher has chosen 10 adolescents (males and females) who are deprived of family care with a view to cure them through employing the

Encounter-Group Technique . They are divided as follows :

- Five adolescents from the Isalamic Boys Education Institution in Mansoura .
- Five adolescents from the Islamic Girls Education Institution in Mansoura .

The choice of these cases has been committed to the worst cases so as to cure them according the scales used in the research .

Tools :

1 - Data questionnaire about adolescents in residential institutions prepared by the Researcher .

2 - Depression scale : prepared by Ghareib Abd El-Fatah .

3 - Partial Instinctive Impulses scale : prepared by Hussien Saad El-deen El-Huseiny .

4 - Clinical interview : prepared by Samia El-Kattan .

5 - The Encounter Group as one of the Group Therapy Methods .

The Statistical Style Used :

1 - The " T" Score .

2 - Person correlation coefficiont .

3 - " F " Test .

4 - " T " Test .

5 - Variability Factor .

6 - Farimx's Factor Analysis .

Findings of the Study :

Findings of the Experimental study :

1 - There are statistically significant differences between the average scores of male and female adolescents either sound or deprived of family care aceording to the depression scale . Statistically significant differences has shown a higher degree of depression in the deprived adolescents at level . 01

2 - There are statistically significant differences between the average scores of male and female adolescents either sound or deprived of family care aceording to the Partial Instinctive Impulses scale . Statistically significant differences has shown a higher degree of depression in the deprived adolescents at level . 01

Findings of the clinical study :

3 - There are statistically significant differences between the average scores of male and female adolescents who are deprived of family care through the Depression Scale before and after employing the Encounter-Group Technique as one of the methods of Group Therapy at level 0.01 as regards to the reduction of depression .

4 - There are statistically significant differences between the average scores of male and female adolescents who are deprived of family care through the Partial Instinctive Impulses Scale before and after employing the Encounter-Group Technique as one of the methods of Group Therapy at level 0.01 as regards to the reduction of Partial Instinctive Impulses.

The Qualitative Results of the Clinical Study :

The Encounter Group meetings have saved a chance for the adolescent who is deprived of family care to give vent to his repressed emotions and getting an insight into his own self and his own environment in addition to contributing to the completion of maturity and autonomy so as to overcome his problems for which he now can find solutions on his own .

The meetings have also played avital role in offering the opportunity for the adolescent who is deprived of family care to find mutual support and encouragement that facilitate the discussion of his own problem easily and frankly in front of the others . This would help point out the different facets of the problem so as to develop his self-confidence to be have naturally and soundly . Moreover , this helps to follow sure path of accepting his own self and to become closer to reality in facing the different types of undesired conducts towards his own self and his own envirinment .

المراجع

* أولا : المراجع العربية .

* ثانيا : المراجع الأجنبية .

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

١ - إبن سينا : البرهان : من كتاب الشفاء ، الطبعة الثانية ، دار النهضة العربية ، القاهرة، ١٩٦٦ .

٢ - أحمد زكي بدوى : معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، مكتبة لبنان ، بيروت ، ١٩٨٢

٣ - أحمد عزت راجح : أصول علم النفس ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٧ .

٤ - أحمد عكاشة : الطب النفسي المعاصر ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٩٢ .

٥ - أسعد رزق : موسوعة علم النفس ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر ، بيروت ، ١٩٨٧

٦ - انتصار يونس : السلوك الإنساني ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٧٨ .

٧ - انتونى ستور : فن العلاج النفسى ، ترجمة لطفى فطيم ، دار وليد ، القاهرة ، ب . ت .

٨ - أوتوفينخل : نظرية التحليل النفسى في العصاب ، ترجمة صلاح مخيمر ، عبده ميخائيل رزق ، الجزء الثانى ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٦٩ .

٩ - إيمان القماح : أثر الحرمان من الوالدين على البناء النفسى للطفل ، رسالة ماجستير ، قسم علم النفس ، كلية الآداب - جامعة عين شمس ، ١٩٨٣ ، « غير منشورة » .

١٠ - بدرينة محمد العربى : أثر الحرمان من الوالدين على شخصية الطفل ، « دراسة ميدانية بالجزائر» ، رسالة ماجستير ، قسم علم النفس ، كلية الآداب - جامعة عين شمس ، ١٩٨٨ ، « غير منشورة » .

١١ - ثناء يوسف العاصى : دراسات فى الطفولة ، قرى الأطفال ، دار المطبوعات الجديدة ، القاهرة ، ١٩٨٤ .

١٢ - جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافى : معجم علم النفس والطب النفسى ، الجزء الثالث ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، ١٩٩٠ .

١٣ - جان لابلانش ، ويونتاليس : معجم مصطلحات التحليل النفسى ، الطبعة الثانية ، ترجمة مصطفى حجازى ، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع ، بيروت ، ١٩٨٧ .

١٤ - جمال شفيق أحمد : سمات شخصية المودعين ببعض المؤسسات الإيوائية « دراسة ميدانية » ، رسالة ماجستير ، قسم علم النفس ، كلية البنات - جامعة عين شمس ، ١٩٨٦ « غير منشورة » .

١٥ - جون بولبى : سيكولوجية الانفصال ، دراسة نقدية لأثر الفراق على الأطفال ، ترجمة عبد الهادى عبد الرحمن ، دار الطليعة ، بيروت ، ١٩٩١ .

١٦ - ———— : رعايه الطفل ونمو المحبة ، ترجمة عبد العزيز أبوالنور ، حامد عمار ، مؤسسة سجل العرب ، القاهرة ، ١٩٨٠ .

١٧ - ———— : رعاية الطفل وتطور الحب ، تُرجمة السيد محمد خيرى وآخرون ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٥٨ .

١٨ - حامد زهران : قاموس علم النفس ، الطبعة الثانية ، عالم الكتب ، القاهرة ، ١٩٨٧ .

١٩ - ———— : الصحة النفسية والعلاج النفسى ، الطبعة الثانية ، عالم الكتب ، القاهرة، ١٩٧٨ .

٢٠ - حسام الدين غريب : العلاج السلوكي الحديث ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨١ .

٢١ - حسين سعد الدين الحسينى : تصميم وتقنين مقياس الدفعات الغرزية الجزئية ، مؤتمر علم النفس(٦ - ٨) إبريل ، كلية الآداب - جامعة الكويت ، ١٩٩٧ .

٢٢ - ———— : النزعات الغرزية الجزئية وجناح الأحداث ، مجلة كلية الآداب - جامعة المنصورة ، العدد (١٧) ، ١٩٩٥ .

٢٣ - حسين عبد القادر محمد : السيكودراما وعلاج مدمنى البانجو بين الخيال والمتخيل ، «برولوج تمهيدى » المؤتمر الأول لعلم النفس ، بيروت ، ٢٠٠٠ .

٢٤ – حسين عبد القادر محمد ، حسين سعد الدين الحسيني : انحراف الأحداث والسيكودراما ، عامر للطباعة والنشر ، المنصورة ، ١٩٩٤ .

٢٥ – حسين عبد القادر محمد وآخرون : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، دار سعاد الصباح ، الكويت ، ١٩٩٣ .

٢٦ – حسين عبد القادر محمد ، حسين سعد الدين الحسيني : السيكودراما والاكتئاب «دراسة لجماعات من مرضى الاكتئاب » ، عامر للطباعة والنشر ، المنصورة، ١٩٩٢ .

٢٧ – حسين عبد القادر محمد : العلاج الجماعى والسيكودراما ، دراسة فى الجماعات العلاجية لمرضى فصام البارانويا ، رسالة دكتوراه ، قسم علم النفس ، كلية الآداب – جامعة عين شمس ، ١٩٨٦ « غير منشورة » .

٢٨ – ــــــــــــــــ : الفصام : بحث في العلاقة بالموضوع كما تظهر في السيكودراما ، رسالة ماجستير ، قسم علم النفس ، كلية الآداب – جامعة عين شمس ، ١٩٧٤ « غير منشورة » .

٢٩ – دانييل لاجاش : وحدة علم النفس ، ترجمة صلاح مخيمر ، عبده ميخائيل رزق ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٦ .

٣٠ – ــــــــــــــــ : المجمل فى التحليل النفسى ، ترجمة مصطفى زيور ، عبد السلام القفاش ، النهضة المصرية ، القاهرة ، ١٩٥٧ .

٣١ – رشاد عبد العزيز موسى : أثر موت الوالدين المبكر على الاكتئاب النفسى للأبناء ، دراسات فى علم النفس المرضى ، مؤسسة مختار لنشر وتوزيع الكتاب ، القاهرة ، ١٩٩٣ .

٣٢ – رشدى فام منصور : علم النفس العلاجى والوقائى « رحيق السنين » ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ٢٠٠٠ .

٣٣ – رمزية الغريب : التقويم والقياس النفسى والتربوى ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٧ .

٣٤ – رويرت هاربر : التحليل النفسى والعلاج النفسى ، ترجمة سعد جلال ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، ١٩٧٤ .

٣٥ – ساشاناخت : المازوخية ، ترجمة مى طرابشى ، دار الطليعة ، بيروت ، ١٩٨٣ .

٣٥ – سامى محمود على : ثبت المصطلحات ، فى ، سيجموند فرويد ، ثلاث مقالات فى نظرية الجنسية ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٦٣ .

٣٦ – سامية القطان : المقياس المقنن للغرائز الجزئية ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨١ .

٣٧ – ———— : كيف تقوم بالدراسة الكلينيكية، الجزء الأول ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٠ .

٣٨ – سحر عبد الغنى : دراسة مقارنة لمستوى الغرائز الجزئية بين الرجل والمرأة ، رسالة ماجستير ، قسم الصحة النفسية ، كلية التربية – فرع بنها – جامعة الزقازيق ، ١٩٩١ « غير منشورة » .

٣٩ – سعد المغربى : انحراف الصغار ، دراسة نفسية اجتماعية لظاهرة التشرد والإجرام بين الأحداث فى الإقليم المصرى ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٦٠ .

٤٠ – سعد جلال : فى الصحة العقلية ، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية ، دار الفكر العربى ، القاهرة ، ١٩٨٦ .

٤١ – سهير كامل أحمد : الانفصال عن الأسرة فى الطفولة وعلاقته بمصدر الضبط والاكتئاب ، دراسات نفسية ، الجزء الثانى ، القاهرة ، يناير ١٩٩٢ .

٤٢ – سول شيدلنجر : التحليل النفسى والسلوك الجماعى ، ترجمة سامى محمود على ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٥٨ .

٤٣ – سيجموند فرويد : خمس حالات من التحليل النفسى ، الجزء الأول ، ترجمة صلاح مخيمر ، عبده ميخائيل رزق ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٧ .

٤٤ – ———— : الأنا والهو ، ترجمة محمد عثمان نجاتى ، الطبعة الرابعة ، دار الشروق ، القاهرة ، ١٩٨٢ .

٤٥ - سيجموند فرويد : الموجز فى التحليل النفسى ، ترجمة ، سامي محمود على ، عبد السلام القفاش ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨١ .

٤٦ - ———— : ما فوق مبدأ اللذة ، ترجمة إسحق رمزي ، الطبعة الثالثة ، دار المعارف ، القاهرة، ١٩٨٠ .

٤٧ - ———— : ثلاث مقالات فى نظرية الجنسية ، ترجمة سامى محمود على ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٦٣ .

٤٨ - سيد غنيم : سيكولوجية الشخصية ، محدداتها ، قياسها ، تطوراتها ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، ١٩٧٢ .

٤٩ - شارلز شيفر ، هوارد ميلمان : مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها ، ترجمة نسيمة داود ، نزيه حمدى ، منشورات الجامعة الأردنية ، عمان ، ١٩٨٩ .

٥٠ - شيلدون كاشدان : علم نفس الشواذ ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ، الطبعة الثانية ، دار الشروق ، القاهرة ، ١٩٨٤ .

٥١ - صفوت فرج : التحليل العاملى فى العلوم السلوكية ، دار الفكر العربى ، القاهرة ، ١٩٨٠ .

٥٢ - صلاح مخيمر (أ) : المفاهيم - المفاتيح فى علم النفس ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨١ .

٥٣ - ———— (ب) : من الجنسية بغرائزها الجزئية إلى العدوانية ، فى ، سامية القطان ، المقياس المقنن للغرائز الجزئية ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨١ .

٥٤ - ———— : تناول جديد فى تصنيف الأعصبة والعلاجات النفسية ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٧ .

٥٥ - ———— : اختبار الحاجات الكامنة « الغرائز الجزئية » ، د . ن ، ب . ت .

٥٦ - عادل عز الدين الأشول : موسوعة التربية الخاصة ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٧ .

٥٧ – عادل خضر ، محمد الدسوقى : المؤسسات الإيوائية بين الاستيعاب والاستدماج ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، العدد (٣١) ، ١٩٩٤ .

٥٨ – عبد الرحمن عيسوى : العلاج النفسي ، دار الفكر الجامعي ، الاسكندرية ، ١٩٧٩ .

٥٩ – عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر : علم النفس الإكلينيكى فى ميدان الطب النفسى، الطبعة الثانية ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٩٩ .

٦٠ – عبد الستار إبراهيم : الاكتئاب ، اضطراب العصر الحديث ، فهمه وأساليب علاجه ، سلسلة عالم المعرفة ، الكويت ، ١٩٩٨ .

٦١ – عبد الله عسكر : الاكتئاب النفسى بين النظرية والتشخيص ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٨ .

٦٢ – عبد المنعم الحفنى : المعجم الموسوعى للتحليل النفسى ، مكتبة مدبولى ، القاهرة ، ١٩٩٥ .

٦٣ – ———— : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، الطبعة الرابعة ، مكتبة مدبولى ، القاهرة ، ١٩٩٤ .

٦٤ – ———— (أ) : موسوعة الطب النفسى، المجلد الأول ، مكتبة مدبولى ، القاهرة، ١٩٩٢ .

٦٥ – ———— (ب) : موسوعة الطب النفسى ، المجلد الثانى ، مكتبة مدبولى ، القاهرة ، ١٩٩٢ .

٦٦ – ———— (جـ) : الموسوعة النفسية الجنسية ، مكتبة مدبولى ، القاهرة ، ١٩٩٢

٦٧ – عبد المنعم المليجى : النمو النفسى ، الطبعة الثالثة ، مكتبة مصر ، القاهرة ، ١٩٥٧ .

٦٨ – عبد الهادى الحوات وآخرون : رعاية الطفل المحروم ، الأسس الاجتماعية والنفسية للرعاية البديلة للطفولة ، معهد الإنماء العربى ، طرابلس ، ١٩٨٩ .

٦٩ - عزة حسين زكي : برنامج إرشادى لمواجهة مشكلة العدوانية لدى المراهقين الجانحين ، رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس ، ١٩٨٩ . « غير منشورة » .

٧٠ - عزه صالح الألفى : استخدام العلاج الجماعى لتعديل بعض الحاجات والضغوط لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية ، الكتاب السنوى فى علم النفس ، المجلد الخامس ، كلية البنات - جامعة عين شمس ، ١٩٨٦ .

٧١ - عطوف محمود يسن : أسس الطب النفسى الحديث ، منشورات بحسون الثقافية ، بيروت ، ١٩٨٨ .

٧٢ - على كمال : العلاج النفسى قديما وحديثا ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر ، عُمان ، ١٩٩٤ .

٧٣ - عماد الدين سلطان : الطب النفسى المعاصر ، دار النهضة المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٠

٧٤ - غريب عبد الفتاح : مقياس الاكتئاب للصغار ، كراسة التعليمات ، الطبعة الثانية ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، ١٩٩٥ .

٧٥ - فاخر عاقل : معجم العلوم النفسية ، دار الرائد العربى ، بيروت ، ١٩٨٨ .

٧٦ - فان دالين : مناهج البحث فى التربية وعلم النفس ، ترجمة محمد نبيل نوفل وآخرون ، الطبعة الخامسة ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٩٤ .

٧٧ - فايزة قنطار : الأمومة : نمو العلاقات بين الطفل والأم ، سلسلة عالم المعرفة ، الكويت، العدد (١٦٦) ، أكتوبر ، ١٩٩٢ .

٧٨ - فرج عبد القادر طه وآخرون : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، دار سعاد الصباح ، الكويت ، ١٩٩٣ .

٧٩ - فرج عبد القادر طه : « هل حقا الإنسان يبحث عن السلام (نظرة نفسية) » ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، العدد الثانى ، ١٩٨٧ .

٨٠ - فؤاد أبوحطب ، أمال صادق : مناهج البحث وطرق التحليل الاحصائى ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٩١ .

٨١ - فؤاد البهى السيد : علم النفس الاحصائى وقياس العقل البشرى ، دار الفكر العربى ، القاهرة ، ١٩٧٩ .

٨٢ - فؤاد البهى السيد : الجداول الاحصائية لعلم النفس والعلوم الإنسانية الأخري ، دار الفكر العربى ، القاهرة ، ١٩٧٩ .

٨٣ - فوزية دياب : نمو الطفل وتنشئته بين الأسرة ودور الحضانة ، الطبعة الثانية ، النهضة المصرية ، القاهرة ، ١٩٨١ .

٨٤ - فيصل محمد خير الزراد : علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية ، دار العلم للملايين ، بيروت ، ١٩٨٤ .

٨٥ - كمال دسوقى : ذخيرة علوم النفس ، المجلد الثانى ، مؤسسة الأهرام ، القاهرة ، ١٩٩٠ .

٨٦ - ———— : ذخيرة علوم النفس ، المجلد الأول ، الدار الدولية للنشر والتوزيع ، القاهرة ١٩٨٨ .

٨٧ - لطفى فطيم : العلاج النفسى الجماعى ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٩٤ .

٨٨ - لويس كامل مليكه : علم النفس الإكلينيكي « التشخيص والتنبؤ فى الطريقة الإكلينيكية، الجزء الأول ، النهضة المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٩ .

٨٩ - مايكل راتر : الحرمان من الأم « إعادة تقييم » ، ترجمة ممدوحة محمد سلامة ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٩٠ .

٩٠ - محمد أحمد النابلسى : مبادىء العلاج النفسى ومدارسه ، دار النهضة العربية ، بيروت ، ١٩٩١ .

٩١ - محمد عبد الظاهر الطيب : مشكلات الأبناء وعلاجها من الجنين .. إلى المراهق ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، ١٩٨٩ .

٩٢ – محمد شعلان : الطب النفسى والعلاج النفسي الجماعى ، دار النشر : المؤلف (محمد شعلان) ، القاهرة ، ب . ت

٩٣ – محمود حموده : النفس أسرارها .. وأمراضها ، الطبعة الثانية ، مكتبة الفجالة ، القاهرة ، ١٩٩١ .

٩٤ – محمود هاشم الودرنى : مدخل إلى الطب النفسى وعلم النفس المرضى ، دار الحوار للنشر والتوزيع ، سوريا ، ١٩٨٦ .

٩٥ – مختار حمزة : مشكلات الآباء والأبناء ، الطبعة الثالثة ، دار البيان العربى ، جدة ، ١٩٨٢ .

٩٦ – مصطفى زيور : محاضرة فى الاكتئاب النفسى ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٢ .

٩٧ – ممدوحة سلامة : التشوية المعرفى لدى المكتئبين ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، العدد (١١) ، ١٩٨٩ .

٩٨ – مها الهلباوي : الاكتئاب وصورة الجسم كما تظهر فى الرسم الاسقاطى ، دراسة اكلينيكية تعمقية ، رسالة ماجستير ، قسم علم النفس ، كلية الآداب – جامعة عين شمس ، ١٩٨٩ « غير منشورة » .

٩٩ – موريس روكلن : المناهج فى علم النفس ، ترجمة على مقلد ، مؤسسة نوفل ، المنشورات العربية ، بيروت ، ١٩٨٣ .

١٠٠ – نيفين زيور : دراسة إكلينيكية لأثر فقدان الموضوع على الحياة النفسية للطفل ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، العدد (١٢) ، ١٩٨٩ .

١٠١ – ــــــــــ : سيكولوجية النمو ، منشورات كلية الآداب – جامعة عين شمس ، ب . ت

١٠٢ – وليد محمد نجيب : دراسة مقارنة لبعض المتغيرات النفسية لدى أطفال الأسر الطبيعية والأسر البديلة ، رسالة ماجستير ، قسم علم النفس ، كلية الآداب– جامعة المنصورة ، ١٩٩٦ « غير منشورة » .

١٠٣ – وليم الخولى : الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب النفسى ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٧٦ .

١٠٤ – ياسمين حداد : أساليب الفرد وتقدير الذات والاكتئاب ، إرتباطاتها المتبادلة وعلاقتها بالممارسات الوالدية ، مجلة دراسات الجامعة الأردنية ، عمان ، ١٩٩٠ .

١٠٥ – يوسف مراد : تصدير « جناح الأحداث » جين شزال ، ترجمة عبد السلام القفاش ، المؤسسة المصرية العامة للتأليف والترجمة والطباعة والنشر ، القاهرة ، ١٩٦٣ .

ثانيا : المراجع الأجنبية :

106 - Almansi , R. : Alfred Hitchock's disappearing women : A study in scopophilia and object loss , International Review of psychoanalysis , Vol. (19) , No.(1) , Spr.1992 , Pp. 81 - 90 .

107 - ———— : Scopophilia and object Loss , psychoanaltytic Quarterly, Vol.(48) , No.(1-4) , 1979 , Pp. 601 - 619 .

108 - Anastasi , A. : Psychological Testing , Fifth Edition , The Macmillan Co., Inc., London , 1982 .

109 - Arnold , R. : Sadomasochism in The Neuroses conceived of as a pathological compromise Formation , Journal of the American Psychoanalytic , Vol. (39) , No. (2) , 1991 , Pp. 363 - 375 .

110 - Arthur , T. et al., : Psychology of Adolescence, Third Edititon, Macmillan Publishing Company , Inc., NewYork , 1978 .

111 - Barnes , G. & Proson , H. : Parental Death and Depression , Journal of Abnormal Psychology , Vol. (94) , No. (1) , 1985 , Pp. 64- 69 .

112 - Bateman , A. & Molmes , J. : Introduction to psychoanalysis , Routledge , Great Britain , 1995 .

113 - Bebbington , P. : Sexual disorders , In Hill , P. et al., (Eds) . Essentials of Postgraduate psychiatry, Grune & Stratton , New York , 1979 .

114 - Beck , A. : Depression : Clinical experimental and Theorretical aspect, Harper & Row ,New York , 1976 .

115 - Bellack , A. et al., : Sexual Deviation , international Handbook of Behavior Modification and Therapy , Plenum Press , New York , 1982 .

116 - Betcher , R. : The Treatment of depression in brief in patient group psychotherapy, International Journal of Group Psychotherapy, Vol.(33) , 1983 , Pp. 365 - 385 .

117 - Bianchi , M. : Fluoxetine treatment of Exhibitionsim , American Journal of Psychiatry ; Vol. (147) , No. (8) , 1990 , Pp. 1089-1090 .

118 - Bohman , S. : Long Term Effects of early institutional care , Journal of Child psychology & psychiatry , Vol. (20) , 1979 , Pp. 111- 117 .

119 - Brennant, T. : The interpretation of the flesh : Freud and Femininity . Routledge , New York , 1992 .

120 - Bruno , F. : Psychological symptoms , Wiley , London , 1993 .

121 - Campbell , R. : Psychiatric Dictionary , Sixth Edition , Oxford University Press Inc., New York ,1989 .

122 - Caplan , R. et al. : Group psychotherapy toward increased Sexual Responsal , In (Mullan , H ; & Rosenbaum , M. (Eds) , Group psychotherapy ,Theory and practice , Second Edition, The Free Press , Adivision of Macmillan publishing Co. , Inc, New York , 1978 , Pp. 330 - 350 .

123 - Coleman , J. : Abnormal psychology and Modern life ; Second Edition, The Free Press ,Adivision of Macmillan publishing Co., New York , 1956 .

124 - Comez , J. : Psychological and psychiatric problems in mem Routledge , London , 1991 .

125 - Crook , T. & Raskin , A. : Association of childhood parental loss with attempted suicide and depression , Journal of Counselling and Clinical Psychology , Vol. (43) , 1975 , P. 277 .

126 - Cross , P. : Depression and anxiety , paven press , London , 1995 .

127 - Cummings , E. & Davies , P. ; Maternal Depression and child development , Journal of child psychology & psychiatry , Vol. (35) , No. (1) , 1994 , Pp. 73 - 112 .

128 - Dalby , J. : Is Telephone scatologia a variant of Exhibitionism ? international Journal of offender therapy and comparative criminology ; Vol. (32) , No. (1) , Apr., 1988 , Pp. 45 - 49 .

129 - Davison , G. & Neale , J. ; Unconventional sexual behavior and human sexual inadequacy , Abnormal psychology , John Wiley & sons , Inc., New York , 1974 , Pp. 271 - 292 .

130 - Doniger , J. : Handbook of infant Development , Second Edition , John wiley & sons Inc., New York , 1987 .

131 - Durkin , K. : Development social psychology , Blackwell publisher Inc., London , 1995 .

132 - Dwyer , M. : Exhibitionism / voyeurism . Special issue : The sexually unusual : Guide to understanding and helping , Journal of social work and human sexuality ; Vol. (7) , No. (1) , 1988 , Pp. 101 - 112 .

133 - Edward , S. : Effect of mother presence on children's reaction to oversive procedures , psychological Abstracts , Vol. (7) , 1982 , P. 42 .

134 - Elliott , A. & Frosh , S. : Psychoanalysis in the contexts , Routledge , London , 1995 .

135 - Evans , D. : An introductory Dictionary of Lacanian psychoanalysis , Routledge , London , 1994 .

136 - Evans , J. : Specific symptoms and syndromes , (B) sexual deviations, adolescent and pre-adolescent psychiatry , Grune & stratton , New York , 1982 , Pp. 278 - 302 .

137 - Eysenck , H. : Encyclopedia of psychology ; The seaburge Press , New York , 1972 .

138 - Feldman , M. : Abnormal sexual behaviour males , In Eysenck , H. (Ed) , Handbook of Abnormal psychology , Robert R. knapp, publisher , California , 1973 .

139 - Finell , J. : Sadomasochism and complementarity in the interaction of the Narcissistic and Borderline personality type , psychoanalysis Review , Vol., (76) , No.(3) , Fall , 1992 , Pp. 361 - 379 .

140 - Forster , E. : Group psychotherapy, In coldberg , C. (Ed) Therapeutic partnership,John wiley & sons Inc., New York , 1977 , Pp. 161 - 169 .

141 - Freud , S. (1917) : Mourning and Melancholia , standard Edition , Hogarth , Press , Vol., (14) , London , 1975 .

142 - Gaensbaur , R. : Anaclitic Depression in a three and one - half Month-old child , American Journal of Psychiatry , Vol., (137) , No. (7) , Jul ,1980 . Pp. 841 - 842 .

143 - Gil , E. : Institutional abuse of children in out - of - home care , Hogarth Press , San Francisco , 1982 .

144 - Gillies , P.: Longitudinal study of the hopes and worries of adolescents , Journal of Adolescenc , Vol. (12) , No. (1) , 1984 .

145 - Gleen , J. : Psychic Trauma and Masochism , Journal of the American Psychoanalytic Association ; Vol. (33) , No. (2) , 1984 , Pp. 357 - 386 .

146 - Goldman , H. : Review of General psychiatry , Middle East Edition , Lang Medical publications , California , 1984 .

147 - Goldstein , A. & Wolpe , G. : Behavior Therapy in Groups . In Kaplan , H. & Sadock , B., (Eds) New Models for Group Therapy Modern Group Book V., E.P. Dutton & Co., Inc., New York , 1972 , Pp. 119 - 154 .

148 - Galenson , E. : The precursors of Masochism , In Bluym , H. , et al., (Eds) Fantasy , Myth and Reality , International universities Press Inc., Madison , Connecticut , 1988 , Pp. 371 - 380 .

149 - Gomey , J . : Sexual problems in psychological and psychiatric, problems in Men, Routledge , London , 1991 , Pp. 104 - 112 .

150 - Gorgce , K. : Personality , Melhuen , London , 1985 .

151 - Gotlib, I. & Hammen , Ç. : Psychological aspect of depression : Toward a cognitive inter-personal integration , Willey . London , 1992 .

152 - Gottschalk , L. & Davidson , R. : Sensitivity Groups , Encounter Groups , Training Groups , Marathon Groups , and the Laboratory Movement , In (Kaplan , H. & Sadock , B (Eds) Sensitivity through Encounter and Marathon , Modern Group book , IV., E. P. Dutton & Co., Inc., New York , 1972, Pp. 59 - 94 .

153 - Gray, R. ; Adolescent response to the death of a parent, Journl of Youth and Adolescence , Vol., (16) , 1987 , Pp. 511 - 525 .

154 - Green , D. , Adolescent Exhibitionists : Theory and Therapy , Journal of Adolescence , Vol., (10) , No. (1) , Mar 1987 , PpP. 45 - 56.

155 - Gregory , R. : The Oxford Companion to the Mind; Oxford University Press , New York, 1987 .

156 - Grossman , W. : Pain , Aggression , Fantasy , and concepts of sadomascochism , Psychoanalytic Quarterly , LX , 1991 .

157 - Grossman , , W. : Notes on Mascohism : A discussion of the History and development of a psychoanalytic concept , psychoanalytic Quarterly , LV., 1986 .

158 - Groth , M. : Handbook of psychological Assesment . Second Edition Wiley , New York , 1990 .

159 - Hannah , S. : Counter-transference in inpatient group psychotherapy implications for technique , International Journal of Group psychotherapy , Vol., (34) , 1984 , Pp . 257 - 263 .

160 - Haas , K. : Deviant Behaviors , Abnormal psychology , D.van Nostrand company , New York , 1979 .

161 - Herman, D. & Nelson , M. : The Treatment of Masochism , Psychoanalytic Review , Vol., (60) , No. (3) , 1973 , Pp. 333 - 372 .

162 - Herzog , J. : Aneonatal intensive care syndrome : a pain complex involving neuroplasticity and psychic trauma . In call , J. et al., (Eds) Frontiers of infant psychiatry , Basic Books , New York , 1983 , Pp. 291 - 300 .

163 - Hodges , J. : The Effect of early institutional rearing on the development of Eight year old children , Journal of child psychology & psychiatry , Vol. (19) , 1978 , Pp. 99 - 118 .

164 - Hurlock , E.(A) : Developmental psychology , Fourth Edition , McGraw Hill Publishing Co., New Delhi , 1983 .

165 - Hurlock , E.(B) : Child Development , Sixth Edition , McGraw Hill Publishing Co., New Delhi , 1983 .

166 - Jack , N. & Kerry , N. : Some comments on Masochism and the delusion of omnipotence from a developmental perspective , Journal of the American psychoanalytic , Vol., (39) , No. (2) , 1991 , Pp. 307 - 331 .

167 - Jones , B. & Graciela M.: Algunas Reflexiones acerca . del Masoquismo y la Femineidad en la obra de S. Freud (some observations regarding Masochism and Femininity in the work of S. Freud) ، Revista - de - psicoanalisis , Vol., (45) , No. (1) , Jan - Feb., 1988 . Pp. 207 - 216 .

168 - Kadushin , A. : substitute Care : Foster -Family care ,child welfare services , Third Edition , Macmillan publishing Co., Inc., New York , 1980 .

169 - Kagan , J. : Thematic Apperceptive with children , In Rabin , A. & Hagorth M. (Eds) Projective Techniques with children Grune & stratton , New York , 1960 .

170 - Kahan , B. ; Child care Research , policy and parctice , Hodder & Stoughton , The open university , London , 1989 .

171 - Kaplan , H. & Sadock , B. : Sensitivity Through Encounter and Marathon , Modern Group Book IV., E.P. Dutton & Co. Inc., New York , 1972 (Glossary) , P. 19 .

172 - Kapur , R. et al., : Group Psychotherapy , in an acute in patient setting, psychiatry , Vol., (49) , November , 1986 . Pp . 337-349 .

173 - Katz , R. : Degradation , Humiliation and other turn and Mastering trauma with pleasure , Issues in Ego psychology , Vol . (15) , No. (1) , 1992 , Pp. 50 - 55 .

174 - Kisker , G. : The disorganized personality . Third Edition , McGraw-Hill Book company , London , 1985 .

175 - Kleiamuntz , B. : Essentials of Abnormal psychology ; Second Edition , Harper & Row publishers , Inc., San Francisco, 1980 .

176 - Klein , R. : In patient group psychotherapy : practice considerations and special problems , International Journal of Group psychotherapy , Vol. (27) , 1977 , Pp. 201 - 214 .

177 - Lang , R. et al., : Genital Exhibitionism : courtship disorder or Narcissism ? , Candian Journal of Behavioural Science ; Vol. (19) , No. (2) Apr., 1987 , Pp. 216 - 232 .

178 - Lee , C. : The Growth and Development of children , Fourth Edition,Longman Crouplimited , London , 1990 .

179 - Lee , J. & Park , D. : A Group approach to the Depressed a dolescent girl in foster care , American Journal of Orthopsychiatry , Vol. (48) , No. (3) , 1978 , Pp. 516 - 527 .

180 - Leon , W. : Uber -ich - und a bwethranalyse einer Masochistischen perversion (superego and defense analysis of a Masochistic perversion) , Jahrbuch - der - psychoanalyse , Vol., (26) , 1990 , Pp. 135 - 214 .

181 - Lindsay , S. & Powell , G. : The Handbook of clinical adult psychology, Second Edition , Routledge , London , 1994 .

182 - Lavery ,L. & Stone , F. : Psychotherapy of a deprived child, Journal of child psychology & Psychiatry,Vol.(6),1965 , Pp. 115 - 124

183 - Maletzky , B. : Exhibitionism , In Last , C. & Hersen , M., (Eds) a dult Behavior Therapy, case book. , plenum press , New York, 1994 , Pp. 235 - 257 .

184 - Marion , V. : Incidence of parental loss in children with depressed mood, Journal of Child psychology & psychiatry , Vol., (10),1969 , Pp. 225 - 232 .

185 - Marshall , O. : A comparsion of childhood Background of Teenager Mothers and Their Bon-Mother Press : A new formulation , Journal of Adolescence , Vol. (11) , No.(3) ,1988 , Pp. 251 - 261 .

186 - Maybanks , S. : Home bassd deprived for children and families , charles cthames publishing , New York , 1979 .

187 - Meshat , F. et al. : A dolescent Mourning and parental Death , Journal of Death and Dying Vol. (26) , No. (4) , 1993 ,Pp. 287 - 299.

188 - Metalsky , G. et al., : Depressive reaction to failure in a naturalistic setting : A test of the hopelesness and self esteen , theories of depression , Journal of psychology , Vol. (102) , No. (1) , 1993 .

189 - Meyer , W. et al., : Depo provera treatment for six offending behavior : An evaluation of outcome. , Bulletin of the American Academy -of-psychiatry and the Law ., Vol.(20) , No. (3) , 1992 , Pp. 249 - 259 .

190 - Minsky , R. ; Psychoanalysis and Gender , Routledge , London , 1996.

191 - Mishne ,J. : Criteria for Family Group , and individual Therapy , clinical work with adolescents , The Free press , A divison of Macmillan Inc., NewYork , 1986 . Pp. 289 - 297 .

192 - Missenard , F. : Roman Familial et maladies de l'ideal chez des Adolescents precocement separes et places , (Family Fiction and idealization psychopathologies in early Separated and institutionalized. Adolescents) Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'A dolescence , Vol (33) , No. (11 - 12) , Nov-Dec., 1985 , Pp. 499 - 507 .

193 - Mullan , H. & Rosenbaum , M. : A dministration of the Therapy Group ,Group psychotherapy , Theory and practice , Second Edition , The Free press , A division of Macmillan publishing co., Inc . New York , 1978 , Pp. 73 - 93 .

194 - Mullan , H. & Rosenbaum , M. : Transference and countertransference, group psychotherapy , theory and practice , Second Edition , The Free press , A division of Macmillan publishing co., Inc . New York , 1978, Pp. 174 - 190 .

195 - Mullan , H. & Rosenbaum , M.; The Last Group session, The Departure , Group psychotherapy, Theory and practice , Second Edition , The Free press , A division of Macmillan publishing co., Inc . New York , 1978, Pp. 203 - 214 .

196 - Mussen , P. : The Development of Aggression , Handbook of child psychology , John Wiley & sons , Inc, New York , 1983 , Pp. 548 - 613 .

197 - Nakakuki , M . : Normal and Developmental Aspects of Masochism : Transcultural and Clinical implications , psychiatry , Vol., (57) , August , 1994 , Pp. 244 - 257 .

198 - Nelson , C. & Paul , V. : Personality dynamics of Adolescent boys where the father was a bsent , Child Development Abstracts, Bibliograpby , Vol. (67) , No. (2) , 1993 , P. 39 .

199 - Oliven , J. : Sexual Deviations , clinical sexuality , A Manual for the physician and the professions , Third Edition , J. B. Lippincott company , Philadelphia and Toranto , 1974 . Pp. 468 - 495 .

200 - Pearson , H. et al., : Treatment of a compulsive paraphiliac with buspirone , Annals of sex Research , Vol. (5) , No. (4) , 1992, Pp. 239 - 246 .

201 - Perse , P. : Psychotherapy with severely deprived children , Psychological Abstracts , Vol . (67) , No. (4 - 6) , 1980 , P.1107 .

202 - Pervin , L. : Personality : Theory and Research , Fifth Edition , Wiley press , London , 1989 .

195 - Mullan , H. & Rosenbaum , M.; The Last Group session, The Departure , Group psychotherapy, Theory and practice , Second Edition , The Free press , A division of Macmillan publishing co., Inc . New York , 1978, Pp. 203 - 214 .

196 - Mussen , P. : The Development of Aggression , Handbook of child psychology , John Wiley & sons , Inc, New York , 1983 , Pp. 548 - 613 .

197 - Nakakuki , M . : Normal and Developmental Aspects of Masochism : Transcultural and Clinical implications , psychiatry , Vol., (57) , August , 1994 , Pp. 244 - 257 .

198 - Nelson , C. & Paul , V. : Personality dynamics of Adolescent boys where the father was a bsent , Child Development Abstracts, Bibliograpby , Vol. (67) , No. (2) , 1993 , P. 39 .

199 - Oliven , J. : Sexual Deviations , clinical sexuality , A Manual for the physician and the professions , Third Edition , J. B. Lippincott company , Philadelphia and Toranto , 1974 . Pp. 468 - 495 .

200 - Pearson , H. et al., : Treatment of a compulsive paraphiliac with buspirone , Annals of sex Research , Vol. (5) , No. (4) , 1992, Pp. 239 - 246 .

201 - Perse , P. : Psychotherapy with severely deprived children , Psychological Abstracts , Vol . (67) , No. (4 - 6) , 1980 , P.1107 .

202 - Pervin , L. : Personality : Theory and Research , Fifth Edition , Wiley press , London , 1989 .

203 - Quiggle , N. et al. : Social information processing in Aggressive and Depressed children , Annual progress in child psychiatry and Development , 1993 , Pp. 217 - 241 .

204 - Ragan , P. & Mcglas , T. : Childhood parental Death and Adult psychopathology , Annual progress in child psychiatry and Development , 1987 , Pp. 131 - 137 .

205 - Ramon , V. : The hereaved child , psychological Abstracts , Vol. (68), 1982 . P. 379 .

206 - Raphael , B. et al ., : The impact of parental loss on Adolescents , psychological characteristics , Vol. (25) , No. (99) , 1990 , Pp. 689 - 700 .

207 - Reber , A. : The penguin Dictionary of psychology , penguin Book , Britain , 1985 .

208 - Roberts , J. : Fostering the sexually abused child , Adoption and Fostering , Vol. (10) , No. (1) . 1986 , Pp. 8 - 11 .

209 - Rudolph , B. : Gender differences in a dolescent depression : aconsequence of exposure to a devrse life circumstances and the loss of parent support . Dissertation Abstract International , Vol. (57) , No. (11) , May , 1997 , P. 4932(A).

210 - Rutter , M. : Maternal Deprivation , 1972 - 1978 : New Findings , New Concepts , New approaches , Annual progress in child psychiatry and Development , 1980 , Pp. 44 - 81 .

211 - Samuel , W. : Personality , Searching for the sources of Human Behavior , McGraw-Hill . Inc., London , 1981 .

212 - Sanith , R. & Collins , S.: Five Exhibitionists and a Method of Treatment , British Journal of psychiatry ; Vol. (138) , 1981, Pp. 126 - 130 .

213 - Saunders , E. & Awad , G. : Male a dolescent sexual offenders : Exhibitionism and a bsecne phone calls , Child Psychiatry and Human Development , Vol. (21) , No. (3) , Spr . 1992 , Pp. 169 - 178 .

214 - Schatz , M. et al. : Parenting the poorly attached Teenager . Fostering Families . A Specialized Training program Designed for Foster care workers & Foster care parents , Colorado State University, U.S.A. 1991 .

215 - Schwartz, A. & Schwartz , R. : Depression : Theories and Treatments, psychological , Biological , and social perspectives , columbia University press, New York , 1993.

216 - Shamoo , T. & Pateros , P. : Helping your child cope with Depression and suicidal Thoughts , Lexington Books , An imprint of Macmillan Inc., New York , 1990 .

217 - Simons , R. : Psychoanalytic contributiones to psychiatric nosology : Forms of Masochistic behavior , Journal of the American psychoanalytic Association , Vol. (35) , 1987 , Pp. 583 - . 608.

218 - Smith , L. : Effects of brief separation from parents on young children, Journal of child psychology & psychiatry , Vol. (6) , No. (1-4) , 1975 . Pp. 245 - 254 .

219 - Snyker , E. : Treatment of Exhibitionism in intensive short - term dynamic psychotherapy , International Journal of short term psychotherapy , Vol. (7) , No. (1) , Jan , 1992 , Pp. 13 - 30 .

220 - Solomon , R. : The component - process theory of a cquired motivation : The costs of pleasure and the benefits of pain , American Psychologist , Vol. (35) , 1980 Pp. 691 - 712 .

221 - Spotnitz , H. : Comparison of different types of Group psychotherapy, In , Kaplan , H. & Sadock , B, (Eds) Sensitivity through Encounter and Marathoan , Mordern Group book IV., E. P. Dutton & Co. Inc., New York , 1973. Pp. 27 - 58 .

222 - Statt , D. ; The concise Dictionary of psychology , Routledge , London , 1990 .

223 - Steinhauer , P. : Issues of Attachment and Separation : Foster care and Adoption , In Steinhauer , P. & Grant, Q (Eds) Psychological problems of the child in the family , Second Edition , Basic Books Inc., Publishers New York , 1983 , Pp. 69 - 101 .

224 - Sternbach , O. : Aggression , the Death Drive and the problem of sadomasochism , A Re-interpretation of Freud's second drive Theory , Journal of psychoanalysis ; Vol. (56) , No. (3) , 1975 , Pp. 321 - 331 .

225 - Stewart , A. et al., : Child Development , A topical Approach, John wiley & sons Inc., New York , 1985 .

226 - Stolorow , R. : The Narcissistic Function of Masochism and sadism, International Journal of Psychoanalysis ; Vol. (56) , No. (4),1975 . Pp. 441-448 .

227 - Stoylen , I. : Voyeurisme : Kognitiv a dferdsterapived behandling av skopfili (Voyeurism : Treatment by cognitive behavior Therapy in a case of scopophilia) , Tidsskrift for Norsk psyckologforening , Vol. (22) , No. (10) ,Oct., 1985 , Pp. 561 - 564 .

228 - Theodor , P. : The characteristics of Masochism , American imago , Vol. (46) , No. (2 - 3) , Sum - Fal , 1989 , Pp. 161 - 195 .

229 - Tizard , B. & Ress . J. : The Effect of early Institutional Rearing on the Behavior Problems and Affectional Relations of Four Year - Old Children , Journal of Child Psychology & Psychiatry , Vol., (16) , 1975 , Pp. 61 - 73 .

230 - Troure , M. : Separation for children , The Effect on the silling , psychological Abstracts , Vol. (66) , 1981 , P. 1063 .

231 - Van , S. et al. : The combined psychotherapeutic and lithium carbonate treatment of an a dolescent with Exhibitionism and indecent assault ., Journal of psychology and Human sexuality ; Vol. (5) , No. (3) , 1992 ,Pp. 53 - 64 .

232 - Wardlaw , G. & Miller , P. : A controlled Exposure Technique in the Elimination of Exhibitions , Journal of Behavior Therapy

and Experimental psychiatry ; Nol. (9) , No. (1) , 1978 , Pp. 27-32 .

233 - Whitaker , D. : Group psychotherapy , In Bannister , D. (Ed) Issues and approaches in the psychological therapies , John Wiley & Sons , London , 1975 , Pp. 85 - 104 .

234 - Wickramasekera , I. : Aversive Behavior Rehearsal for sexual exhibitionism , In Franks , C. & Wilson , G., (Eds) , Annual Review of Behavior therapy, Theory & Practice , Brunner , mazel , publishers , New York , 1978 , Pp. 447 - 458 .

235 - Wickramasekera , I. : A technique for controlling a certain type of sexual Exhibitionism . Psychotherapy : Theory , Research and Practice , Vol. (9) , 1972 , Pp. 207 - 210 .

236 - Wolman , B. : Dictionary of Behavioral science ; van Nostrand Reinhold compay , New York , 1989 .

237 - Wulfeck , J. & Bennett , E. : The Language of Dynamic psychology , McGraw - Hill Book company Inc., New York , 1954 .

238 - Yarrow , L . : Separations from parents during early childhood, In Hoffman , L. & Hoffman , W. (Eds) Review of child Developement Research , Russel Sage , New York , 1964 , Pp. 89 - 136 .

الملاحق

ملحق رقم (١)

إستمارة بيانات عن المراهقين والمراهقات المودعين بالمؤسسات الإيوائية

« يجب عليها بواسطة الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين »

إعداد / الباحث

بيانات أولية عن المودع :

الأسم :   النوع :   تاريخ الميلاد :

الصف الدراسى :   المدرسة الملحق بها :

سبب الإيداع بالمؤسسة :   تاريخ الإيداع بالمؤسسة :

عدد الأخوة المقيمين مع المودع فى غرفة المسكن :

المكان الذى يقيم به قبل إيداعه بالمؤسسة الحالية :

نوعية المشكلات التى يعانى منها المودع :

١ – مشكلات صحية :
- أمراض جلدية
- أمراض رئوية
- الهزال
- أخرى تذكر ....

٢ – مشكلات نفسية :
- أفكار إنتحارية
- قضم الأظافر
- التبول اللإرادى
- السرقة
- الكذب

الجنسية المثلية

أخرى تذكر ....

٣ – مشكلات دراسية : ضعف التحصيل الدراسى

مشكلات مع المدرسية

مشكلات مع إدارة المدرسة

مشكلات مع زملائه فى المدرسة

أخرى تذكر ......

بيانات عن القائم برعاية المودع :

النوع : **السن :**

المؤهل الدراسى : **عدد الأفراد الذين يقوم بالإشراف عليهم :**

ملحق رقم (٢)

مقياس (د) للصغار (CDI) " الصورة العامية "

إعداد الدكتور/ غريب عبد الفتاح غريب
كلية التربية - جامعة الأزهر

الاسم / تاريخ اليوم /

المستوى التعليمي/ تاريخ الميلاد /

احيانا ما يشعر الصغار والشباب ببعض المشاعر ويفكروا فى بعض الافكار وفي هذه الورقة بعض المشاعر والافكار مكتوبة فى صورة مجموعات ، كل مجموعة بتتكون من ثلاث عبارات ، عليك ان تختار عبارة واحدة من كل مجموعة من العبارات بتشوف انت ان العبارة دية بتوصفك خلال الاسبوعين الاخبرين ، ثم ضع علامة ✓ فى الصندوق المجاور للعبارة اللى انت إخترتها ، وبعد كدة انتقل لمجموعة العبارات اللى بعدها ، وهكذا حتى تنتهى من الورقة كلها ٠

خلى بالك ما فيش اجابة صح او اجابة غلط ولكن المطلوب منك هو أن تختار عبارة واحدة من كل مجموعة ، وتكون العبارة دية هى اللى أنت بتشوف أنها بتوصف حالتك ٠ وعلى سبيل المثال شوف مثلا المجموعة دية : —

- [✓] — انا أقرا كتب طول الوقت ٠
- [ ] — انا أقرا الكتب احيانا ٠
- [ ] — أنا عمرى ما قريت كتب ٠

اذا كانت العبارة الاولى تنطبق عليك وبتوصفك فى الاسبوعين الأخيرين ضع علامة ✓ فى الصندوق المجاور لها تماما زى المثال اللى فوق ٠

افتكر انك تختار العبارة اللى بتوصف مشاعرك وافكارك فى الاسبوعين الاخيرين .

١ ــ
- [ ] بأبقى حزين احيانا .
- [ ] بأبقى حزين فى أوقات كثيرة .
- [ ] بأبقى حزين طول الوقت .

٢ ــ
- [ ] ما فيش حاجة حاتمشى كويس بالنسبة لى أبدا .
- [ ] أنا مش متأكد من أن الاشياء والظروف حتبقى كويسة بالنسبة لى .
- [ ] الاشياء والظروف حاتبقى كويسة بالنسبة لى .

٣ ــ
- [ ] أنا باعمل اغلب الحاجات بطريقة كويسة .
- [ ] أنا باعمل حاجات كثيرة بطريقة غلط .
- [ ] أنا باعمل كل حاجة بطريقة غلط .

٤ ــ
- [ ] فيه حاجات كثيرة بتسلينى .
- [ ] بعض الحاجات والاشياء بتسلينى .
- [ ] ما فيش حاجة بتسلينى .

٥ — [ ] في كل الاوقات انا وحش أو مش كويس .
[ ] في اوقات كثيرة بأكون وحش او مش كويس .
[ ] احيانا بأكون وحش أو مش كو يس .

٦ — [ ] احيانا بأفكر في اشياء وحشة (مش كويسة) بتحصل لى .
[ ] انا قلقان ومشغول من أن بعض الاشياء اللى مش كويسة حاتحصل لى .
[ ] أنا متأكد ان اشياء فظيعة حاتحصل لى .

٧ — [ ] أنا بأكره نفسى .
[ ] أنا لا أحب نفســى .
[ ] أنا باحب نفســـــى .

٨ — [ ] كل الحاجات الوحشة او اللى مش كويسة بتكون بسببى انا .
[ ] كثير من الحاجات الوحشة او اللى مش كويسة بتكون بسببى انا .
[ ] مش دايما الحاجات الوحشة او اللى مش كويسة بتكون بسببى انا .

٩ — [ ] انا ما بفكرشى فى أنى أموّت نفسى .
[ ] أنا بافكر فى انى اموّت نفسى لكن مش حاأعمل كدة .
[ ] أنا عايز اموّت نفسى .

١٠- ☐ يوميا بأشعر بأنى عايز اعيط (ابكى) .
☐ فى أوقات كثيرة باشعر بانى عايز اعيط .
☐ آحيانا باشعر بأنى عايز اعيط .

١١- ☐ فيه اشياء بتضايقنى طول الوقت .
☐ فيه اشياء بتضايقنى اوقات كثيرة .
☐ فيه اشياء بتضايقنى احيانا .

١٢- ☐ أنا بأحب اكون مع الناس .
☐ فى أوقات كثيرة أنا ما أحبش ا كون مع الناس .
☐ أنا مش عايز اكون مع الناس ابدا .

١٣- ☐ انا ما أقدرش (لااستطيع) أن اقرر أو أحدد رأى فى الاشياء .
☐ من الصعب علىّ أنى اقرر او احدد رأى فى الاشياء .
☐ أنا بأقرر أو احدد رأى فى الاشياء بسهولة .

١٤- ☐ انا شكلى كويـــــس .
☐ فيه بعض الحاجات مش كويسة فى شكلى .
☐ انا شكلى مش كويس او وحش .

١٥ـ
- ☐ يجب على أن ادفع نفسى طول الوقت علشان اعمل واجبات المدرسة.
- ☐ يجب علىأن ادفع نفسى أكثر من مرةعلشان اعمل واجبات المدرسة.
- ☐ واجبات المدرسة مش مشكلة كبيرة بالنسبة لى.

افتكر انك تصف حالك فى الاسبوعين الاخيريـــن.

١٦ـ
- ☐ كل ليلة بيبقى صعب على أنى انام.
- ☐ فى ليالى كثيرة بيبقى صعب على انى انام.
- ☐ انا بأنام كويس جدا.

١٧ـ
- ☐ بأشعر احيانا بأنى مجهد او تعبان.
- ☐ بأشعر فى اوقات كثيرة بأنى مجهد او تعبان.
- ☐ بأشعر طول الوقت بالتعب والاجهاد.

١٨ـ
- ☐ فى غالبية الايام بيبقى ما عنديش نفس للاكل.
- ☐ فى ايام كثيرة بيبقى ما عنديش نفس للآكل.
- ☐ أنا باكل كويس جدا.

١٩ـ
- ☐ أنا مش قلقان من أى الام أو أوجاع.
- ☐ فى مرات كثيرة بأبقى قلقان من بعض الآلام والاوجاع.
- ☐ طول الوقت بابقى قلقان من الآلام والاوجاع.

٢٠- ☐ أنا لا اشعر بالوحـــدة .
☐ فى أوقات كثيرة باشعر بالوحدة .
☐ طول الوقت باشعر بالوحـــدة .

٢١- ☐ انا عمرى ما شعرت بالمتعة فى المدرسة .
☐ احيانا باشعر بالمتعة فى المدرسة .
☐ فى اوقات كثيرة باشعر بالمتعة فى المدرسة .

٢٢- ☐ انا عندى اصحاب كثير .
☐ اناعندى بعض الاصحاب ولكن باتمنى يكون عندىاصحاب اكثر .
☐ أنا ما عنديش ولا صاحب .

٢٣- ☐ عملى - شغلى - المدرسى كويس .
☐ عملى المدرسى مش كويس زى ما كان قبل كدة .
☐ عملى المدرسى وحش قوى فى مواد، كنت دايما كويس فيها .

٢٤- ☐ أنا لايمكن ان اكون كويس مثل بقية زملائى .
☐ لو أردت ، فانى اقدر اكون كويس مثل باقى زملائى .
☐ انا كويس زى باقى زملائى .

٢٥ــ ☐ ـ في الحقيقة ما فيش حد بيحبنى .
☐ ـ انا مش متأكد ان فيه حد بيحبنى .
☐ ـ انا متأكد من ان بعض الاشخاص بيحبونى .

٢٦ــ ☐ ـ انا فى العادة بأعمل اللى بيطلب منى .
☐ ـ فى أغلبية الاوقات انا مش بأعمل اللى بيطلب منى .
☐ ـ انا عمرى ما عملت اللى بيطلب منى .

٢٧ــ ☐ ـ انا بأنسجم مع الناس .
☐ ـ فى أوقات كثيرة انا باتورط فى خناقات .
☐ ـ طول الوقت أنا بأتورط فى خناقات .

النهايــــة

وشكرا للاجابة على الاسئلـــــــــة

المجموع ☐

التطبيق	فردى	جماعى

ملحق رقم (٣)

مقياس الدفعات الجزئية		
الاسم :	الجنس :	السن :
المؤهل الدراسى :		الحالة الاجتماعية :
محل الاقامة :	تاريخ التطبيق :	مكان التطبيق :

بين أيدينا ثمانين جملة ناقصة ، حا أقرأ لك كل جملة عشان تكملها بأول حاجة تخطر علي بالك :

١ - أنا رأيي إن المجلات اللي بتحكي عن فضايح الممثلات ....

٢ - لما الناس بتهتم بمظهري بشعر .....

٣ - البني آدم اللي يضرب صاحبه ......

٤ - يابخت اللي يبات مظلوم ....

٥ - لمابصيت من خرم الباب حسيت ....

٦ - لوكنت من نجوم السيما ....

٧ - أنا شايف إن إستخدام التعذيب عشان المتهم يعترف ....

٨ - لما يأسي عليّ حد بحبه ....

٩ - لوشفت بالصدفةمن شباك أودتي واحدة بتقلع هدومها ....

١٠ - في رأيي إن اللي يقلع هدومه أدام الناس اللي معاه ...

١١ - العسكري اللي يقتل ناس مدنيين من أعداؤه في الحرب ...

١٢ - بحس ساعات وأنا باعيط ...

١٣ - وأنا نازل علي السلم شفت جاري ومراته ناسيين باب الشقة مفتوح وبيوشوشو بعض ساعتها ...

١٤ - نشر النعي في الجرانيين ...

١٥ - أنا شايف إن القسوة ...

١٦ - لوحرامي معاه سلاح وهاجمني فجأة ساعتها ...

١٧ - بحس إن كل حاجة مقفول عليها ....

١٨ - رغبتي في إني أتكلم عن نفسي مع الناس ...

١٩ - أنا شايف إن خضوع اللي حواليه للرأي اللي أقوله ...

٢٠ - الحياة من غير تعب وشغل من اللي هوة تبقي في رأيي ...

٢١ - الواحد اللي ساعات يفتش في حاجات حبيبه يبقي ...

٢٢ - لما الناس تبقي حواليه بحس إني ...

٢٣ - لما البني آدم اللي أدامي يبقي ضعيف...

٢٤ - لما باختلف مع حد من أصحابي ساعتها بالوم ....

٢٥ - أنا رأيي إن الناس اللي بيهمها أوي إنها تعرف تفاصيل كل خبر مهم ..

٢٦ - لوكنت واقف علي مسرح حاشعر بأني ...

٢٧ - متهيألي إن ظلم الناس ضروري لما ...

٢٨ - كنت باشعر لما أبويا يضربني بعنف .....

٢٩ - متابعة المسلسل التليفزيوني .....

٣٠ - لما الناس بتتكلم عني بأشعر ...

٣١ - أنا حريص إني أشوف أفلام العنف عشان ...

٣٢ - في وقت الزنقة لما يطبطب علي صاحبي ...

٣٣ - بحس إن اللي أعرفه عن الدينا ....

٣٤ - إعجاب الناس بشخصيتي بيخليني ....

٣٥ - لما بشوف قط بتسلي بالفار قبل مايقتله باحس ....

٣٦ - لما الحبيب بتحمل العذاب من حبيبه ...

٣٧ - أنا حريص إني أشوف الأفلام البوليسية...

٣٨ - الواحد لما يتكلم كثيرعن الحاجات اللي عملها ...

٣٩ - لما بشوف مصارعة التيران باحس ...

٤٠ - لما كان مدرس في المدرسة بيضربني كنت باحس ...

٤١ - باحب لما أسمع مكالمة تليفونية غلط ..

٤٢ - لوسمحت لي الفرصة إني أخلي الناس تاخد بالها من ساعتها بقي ...

٤٣ - إذا حد غلط في ...

٤٤ - الإستسلام في معركة من المعارك ...

٤٥ - وظيفة البوليس السري في رأيي ...

٤٦ - باحب في الحفلات الإجتماعية إني ...

٤٧ - لماباشوف لعبة المصارعة الحرة في التليفزيون ...

٤٨ - لما الأمور بتقفل ساعات في وشي ...

٤٩ - معرفة أسرار الناس لذه ...

٥٠ - لوكنت فاتح الشباك من الحر وأنا عريان يسعدني ...

٥١ - ساعات باحس بإن إستخدام الضرب لحل المشاكل ...

٥٢ - تعليمات رؤسائي لي مهما كانت صعبة على نفسى ...

٥٣ - لما ألقي إتنين بتكلموا في السر ...

٥٤ - أحب الفُرجة علي مسابقات كمال الأجسام ...

٥٥ - لماتقوم خناقة أدامي باحس ...

٥٦ - لما أكون موجود مع ناس أكبر مني في المقام وبيعنفونى باحس...

٥٧ - مهم أوي إن الواحد يعرف الصغيرة قبل الكبيرة ...

٥٨ - ضروري الواحد يشد إنتباه اللي حوالية بجاذبيته علشان ...

٥٩ - لماحد يهاجم لي رأي ...

٦٠ - رأيي إن المثل اللي بيقول ضرب الحبيب زي أكل الذبيب ...

٦١ - التصنت علي التليفونات بتبقي له فايدة ...

٦٢ - كنت أحب أوي إني أشتغل ممثل ...

٦٣ - ساعات باحس إنه لازم أفرض رأيي بالقوة لأن ...

٦٤ - لما اللي أحبه يسيبني ...

٦٥ - لما أبص من ورا الشباك وألاقي حد عريان ...

٦٦ - الهدوم الشيك بتخليني ...

٦٧ - ساعات باحس إني لازم أضرب اللي أدامي لغاية مايبان له صاحب ...

٦٨ - لما حد يقل أدبة عليّ ...

٦٩ - باحب أوي شغلة المخابرات ...

٧٠ - الواحد لازم يختار نوع الريحة اللي يحطها عشان ...

٧١ - لما أغضب من حد كنت بأثق فيه مايكفيش ضربه وبس ...

٧٢ - اللي يسامح صاحبة علي الغلط ...

٧٣ -بأتمني تكون عندي نظاره معظمة علشان ...

٧٤ - مهم إن الواحد يفنجر علي اللي حوالية مادام معاه فلوس ...

٧٥ - اللي يتاخد مني بالعافية لازم ...

٧٦ - العذاب في الزمان ده قدر ومكتوب ...

٧٧ - بأتمني إنه يكون عندي بنوره سحرية علشان ...

٧٨ - إيه المانع أن الواحد يكون له أصدقاء من نجوم السيما ...

٧٩ - مش عيب إن الواحد لما يغضب يكسر اللي أدامه ...

٨٠ - إيه المانع إن الواحد يطاطي راسه علشان الأمورتعدي ...

ملحق رقم (٤)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الخام على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية (النظارية - الاستعراضية - السادية - المازوخية) لمجموعة التقنين العامة المحلية (ذكور - إناث)

أبعاد مقياس الدفعات الغرزية الجزئية	ذكور (ن = ٢٥٠)		إناث (ن = ٢٥٠)	
	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى
النظارية	٢٠,٥٠	٥,٦٢	١٩,٧٥	٤,٨٣
الاستعراضية	٢٥,٠٥	٥,٦٧	٢٤,٠٤	٥,٣٤
السادية	١٩,٠٩	٦,١٦	١٧,٤٥	٥,٥٩
المازوخية	٢٢,٢٣	٣,٨٧	٢١,٥٧	٣,٣٨

ملحق رقم (٥)

يبين الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة الذكور (ن = ٢٥٠) على بعد النظارية

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	١٤	٢١	٥١
١	١٥	٢٢	٥٣
٢	١٧	٢٣	٥٤
٣	١٩	٢٤	٥٦
٤	٢١	٢٥	٥٨
٥	٢٢	٢٦	٦٠
٦	٢٤	٢٧	٦٢
٧	٢٦	٢٨	٦٣
٨	٢٨	٢٩	٦٥
٩	٣٠	٣٠	٦٧
١٠	٣١	٣١	٦٩
١١	٣٣	٣٢	٧٠
١٢	٣٥	٣٣	٧٢
١٣	٣٧	٣٤	٧٤
١٤	٣٨	٣٥	٧٦
١٥	٤٠	٣٦	٧٨
١٦	٤٢	٣٧	٧٩
١٧	٤٤	٣٨	٨١
١٨	٤٦	٣٩	٨٣
١٩	٤٧	٤٠	٨٥
٢٠	٤٩		

ملحق رقم (٦)

يبين الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة الاناث (ن = ٢٥٠) على بعد النظارية

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	٩	٢١	٥٣
١	١١	٢٢	٥٥
٢	١٣	٢٣	٥٧
٣	١٥	٢٤	٥٩
٤	١٧	٢٥	٦١
٥	١٩	٢٦	٦٣
٦	٢٢	٢٧	٦٥
٧	٢٤	٢٨	٦٧
٨	٢٦	٢٩	٦٩
٩	٢٨	٣٠	٧١
١٠	٣٠	٣١	٧٣
١١	٣٢	٣٢	٧٥
١٢	٣٤	٣٣	٧٧
١٣	٣٦	٣٤	٨٠
١٤	٣٨	٣٥	٨٢
١٥	٤٠	٣٦	٨٤
١٦	٤٢	٣٧	٨٦
١٧	٤٤	٣٨	٨٨
١٨	٤٦	٣٩	٩٠
١٩	٤٨	٤٠	٩٢
٢٠	٥١		

ملحق رقم (٧)

يبين الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة الذكور (ن = ٢٥٠) على بعد الاستعراضية

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	٦	٢١	٤٣
١	٨	٢٢	٤٥
٢	٩	٢٣	٤٦
٣	١١	٢٤	٤٨
٤	١٣	٢٥	٥٠
٥	١٥	٢٦	٥٢
٦	١٦	٢٧	٥٣
٧	١٨	٢٨	٥٥
٨	٢٠	٢٩	٥٧
٩	٢٢	٣٠	٥٩
١٠	٢٣	٣١	٦٠
١١	٢٥	٣٢	٦٢
١٢	٢٧	٣٣	٦٤
١٣	٢٩	٣٤	٦٦
١٤	٣١	٣٥	٦٨
١٥	٣٢	٣٦	٦٩
١٦	٣٤	٣٧	٧١
١٧	٣٦	٣٨	٧٣
١٨	٣٨	٣٩	٧٥
١٩	٣٩	٤٠	٧٦
٢٠	٤١		

ملحق رقم (٨)

يبين الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة الاناث (ن = ٢٥٠) على بعد الاستعراضية

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	٥	٢١	٤٤
١	٧	٢٢	٤٦
٢	٩	٢٣	٤٨
٣	١١	٢٤	٥٠
٤	١٢	٢٥	٥٢
٥	١٥	٢٦	٥٤
٦	١٦	٢٧	٥٦
٧	١٨	٢٨	٥٧
٨	٢٠	٢٩	٥٩
٩	٢٢	٣٠	٦١
١٠	٢٤	٣١	٦٣
١١	٢٦	٣٢	٦٥
١٢	٢٧	٣٣	٦٧
١٣	٢٩	٣٤	٦٩
١٤	٣١	٣٥	٧١
١٥	٣٣	٣٦	٧٢
١٦	٣٥	٣٧	٧٤
١٧	٣٧	٣٨	٧٦
١٨	٣٩	٣٩	٧٨
١٩	٤١	٤٠	٨٠
٢٠	٤٢		

ملحق رقم (٩)

يبين الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة الذكور (ن = ٢٥٠) على بعد السادية

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	١٩	٢١	٥٣
١	٢١	٢٢	٥٥
٢	٢٢	٢٣	٥٦
٣	٢٤	٢٤	٥٨
٤	٢٦	٢٥	٦٠
٥	٢٧	٢٦	٦١
٦	٢٩	٢٧	٦٣
٧	٣٠	٢٨	٦٤
٨	٣٢	٢٩	٦٦
٩	٣٤	٣٠	٦٨
١٠	٣٥	٣١	٦٩
١١	٣٧	٣٢	٧١
١٢	٣٨	٣٣	٧٣
١٣	٤٠	٣٤	٧٤
١٤	٤٢	٣٥	٧٦
١٥	٤٣	٣٦	٧٧
١٦	٤٥	٣٧	٧٩
١٧	٤٧	٣٨	٨١
١٨	٤٨	٣٩	٨٢
١٩	٥٠	٤٠	٨٤
٢٠	٥١		

ملحق رقم (١٠)

يبين الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة الإناث (ن = ٢٥٠) على بعد السادية

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	١٩	٢١	٥٦
١	٢١	٢٢	٥٨
٢	٢٢	٢٣	٦٠
٣	٢٤	٢٤	٦٢
٤	٢٦	٢٥	٦٤
٥	٢٨	٢٦	٦٥
٦	٣٠	٢٧	٦٧
٧	٣١	٢٨	٦٩
٨	٣٣	٢٩	٧١
٩	٣٥	٣٠	٧٢
١٠	٣٧	٣١	٧٤
١١	٣٨	٣٢	٧٦
١٢	٤٠	٣٣	٧٨
١٣	٤٢	٣٤	٨٠
١٤	٤٤	٣٥	٨١
١٥	٤٦	٣٦	٨٣
١٦	٤٧	٣٧	٨٥
١٧	٤٩	٣٨	٨٧
١٨	٥١	٣٩	٨٩
١٩	٥٣	٤٠	٩٠
٢٠	٥٥		

ملحق رقم (١١)

يبين الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة الذكور (ن = ٢٥٠) على بعد المازوخية

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	–	٢١	٤٧
١	–	٢٢	٤٩
٢	–	٢٣	٥٢
٣	صفر	٢٤	٥٥
٤	٣	٢٥	٥٧
٥	٥	٢٦	٦٠
٦	٨	٢٧	٦٢
٧	١١	٢٨	٦٥
٨	١٣	٢٩	٦٧
٩	١٦	٣٠	٧٠
١٠	١٨	٣١	٧٣
١١	٢١	٣٢	٧٥
١٢	٢٤	٣٣	٧٨
١٣	٢٦	٣٤	٨٠
١٤	٢٩	٣٥	٨٣
١٥	٣١	٣٦	٨٦
١٦	٣٤	٣٧	٨٨
١٧	٣٦	٣٨	٩١
١٨	٣٩	٣٩	٩٣
١٩	٤٢	٤٠	٩٦
٢٠	٤٤		

ملحق رقم (١٢)

يبين الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة الاناث (ن = ٢٥٠) على بعد المازوخية

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	-	٢١	٤٨
١	-	٢٢	٥١
٢	-	٢٣	٥٤
٣	-	٢٤	٥٧
٤	-	٢٥	٦٠
٥	١	٢٦	٦٣
٦	٤	٢٧	٦٦
٧	٧	٢٨	٦٩
٨	١٠	٢٩	٧٢
٩	١٣	٣٠	٧٥
١٠	١٦	٣١	٧٨
١١	١٩	٣٢	٨١
١٢	٢٢	٣٣	٨٤
١٣	٢٥	٣٤	٨٧
١٤	٢٨	٣٥	٩٠
١٥	٣١	٣٦	٩٣
١٦	٣٤	٣٧	٩٦
١٧	٣٦	٣٨	٩٩
١٨	٣٩	٣٩	١٠٢
١٩	٤٢	٤٠	١٠٥
٢٠	٤٥		

Mansoura University
Faculty of Arts
Department of Psychology

Partial Instinctive Impulse and Group Therapy for the Depression Patients who are Deprived of Family Care

Submitted BY

Waleed Mohamed Ahmed Najuib Emara
Assistant Lecturer
Department of Psychology
Faculty of Arts - Mansoura University

In Partial Fulfillment of the Requirements of the degree
of Doctor of philosophy in psychology

Supervised BY

Prof.Dr. *Hussein Mohamed Saad El-Deen El-Huseiny*
Head of Psychology Department
Faculty of Arts - Mansoura University

2001

Mansoura University
Faculty of Arts
Department of Psychology

Partial Instinctive Impulse and Group Therapy for the Depression Patients who are Deprived of Family Care

Submitted BY

Waleed Mohamed Ahmed Najuib Emara

Assistant Lecturer

Department of Psychology

Faculty of Arts - Mansoura University

In Partial Fulfillment of the Requirements of the degree of Doctor of philosophy in psychology

Supervised BY

Prof.Dr. *Hussein Mohamed Saad El-Deen El-Huseiny*

Head of Psychology Department

Faculty of Arts - Mansoura University

2001